

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD (LYON 1)
U.E.R. médecine "Alexis Carrel"

— —
Année 1978 - N° 36
— —

« LE GROUPE DU MERCREDI »

Essai d'analyse d'un travail de groupe dans un secteur psychiatrique

THÈSE

présentée à

L'Université Claude Bernard - Lyon 1
et soutenue publiquement le 6 Février 1978
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

ROUMÉAS Michel

né le 23 Mai 1948 à Lamastre (07)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554224_0021

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD (LYON 1)

U.E.R. médecine "Alexis Carrel"

— —
Année 1978 - N° 36
— —

« LE GROUPE DU MERCREDI »

Essai d'analyse d'un travail de groupe dans un secteur psychiatrique



THÈSE

présentée à

L'Université Claude Bernard - Lyon 1
et soutenue publiquement le 6 Février 1978
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
par

ROUMÉAS Michel

né le 23 Mai 1948 à Lamastre (07)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD (LYON II)

U.E.R. Médecine (Aix Marseille Centre)

Année 2022/2023

"LE GROUPE DU MARCHÉ"

Travaux dirigés par le Docteur en Sciences de Gestion, Docteur en Sciences Psychologiques



THESE

Présentée par

Monsieur Claude BERNARD - 1997

pour l'obtention du diplôme de Docteur en Sciences de Gestion

présentée et soutenue publiquement le 15 Mars 1997

par

Monsieur BERNARD

et devant le jury composé de :

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - Lyon 1

Président de l'Université : Professeur D. GERMAIN

Premier Vice-Président : Professeur E. ELBAZ

Deuxième Vice-Président : Monsieur B. ROUSSET, Chercheur

Troisième Vice Président : Monsieur A. LOPEZ , Etudiant

- o -

Secrétaire Général de l'Université : Monsieur J. RAMBAUD

- o -

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE (U.E.R.)

Médecine Grange-Blanche : Directeur : Docteur SALLE (M.C.A.)

Alexis-Carrel : Directeur : Professeur MORNEX

Sud-Ouest : Directeur : Professeur NORMAND

Lyon-Nord : Directeur : Docteur NEIDHARDT (M.C.A.)

Biologie Humaine : Directeur : Professeur REVILLARD J.P.

Technique de Réadaptation : Directeur : Docteur MORGON (M.C.A.)

Sciences Pharmaceutiques : Directeur : Professeur C. BIZOLON

Sciences Odontologiques : Directeur : Professeur R. VINCENT

Institut Régional d'Education Physique et Sportive :

Président du Conseil de l'U.E.R. : Professeur R. GUILLET

Directeur : M. MILLON A.

Mathématiques : Directeur : Professeur E. COMBET

Physique : Directeur : Professeur J. DELMAU

Chimie et Biochimie : Directeur : Professeur J. HUET

Sciences de la nature : Directeur : Professeur R. GINET

Sciences Physiologiques : Directeur : Professeur WORDE J.F.

I.U. de Technologie n° 1 : Directeur : Professeur POUYET B.

I.U. de Technologie n° 2 : Directeur : M. GALLET J.

Observatoire : Directeur : M. MONNET Guy

Physique Nucléaire : Directeur : Professeur GUSAKON

Mécanique : Directeur : Mlle COMTE BELLOT G.

RESPONSABLES D'ENSEIGNEMENT

DE L'U.E.R ALEXIS CARREL

1er Cycle :

Anatomie : M. le Professeur BOUCHET Alain

Biologie : M. le Professeur GIROD Christian

Chimie-Biochimie : M. le Professeur COLOBERT Louis
M. le Docteur NOFRE Claude (M.C.A.)

Histologie-Embryologie-Cytogénétique : M. le Professeur GIROD Ch.

Mathématiques-Statistiques : M. le Professeur SITE Jean

Physiologie : M. le Docteur PELLET Michel (M.C.A.)
M. le Docteur SCHMITT Michel (M.C.A.)

Physique-Biophysique : M. le Professeur BERGER Michel

Psychologie Médicale : M. le Professeur GUYOTAT Jean

Sciences sociales et Economie Médicale : M. le Professeur ROCHE Louis

2ème Cycle :

Anatomie Pathologique : M. le Professeur TOMMASI Michel
M. le Docteur LOIRE Robert (M.C.A.)

Bactériologie : M. le Professeur FLEURETTE Jean

Cardiologie : M. le Professeur DELAHAYE J.P.
M. le Professeur GONIN André

Chirurgie Cardiaque : M. le Professeur MARET Gilbert

Chirurgie Digestive : M. le Professeur FRANCILLON Jacques

Chirurgie Générale : M. le Professeur LIARAS Henri
M. le Docteur SPAY Georges (M.C.A.)

Chirurgie Infantile : M. le Docteur DAUDET Maurice (M.C.A.)

Chirurgie Osseuse-Orthopédique : M. le Professeur DE MOURGUES Georges
M. le Docteur COMTET Jacques (M.C.A.)

Dermatologie : M. le Docteur PERROT (M.C.A.)

Endocrinologie : M. le Docteur BERTHEZENE François (M.C.A.)

Gastro-Entérologie : M. le Professeur BEL André

Génétique Générale : M. le Docteur HERMIER Michel (M.C.A.)

Gynécologie : M. le Professeur ROCHET Yves
M. le Docteur BREMOND (M.C.A.)

Hémobiologie : M. le Professeur MOREL Pierre

Hygiène : M. le Docteur MONIER Jean-Claude (M.C.A.)

Maladies Infectieuses : M. GIROUD Maurice, Professeur Agrégé du Val de Grâce

Maladies du sang : M. le Professeur REVOL Louis

Médecine Expérimentale : M. le Professeur MORNEX René

Médecine Légale : M. le Professeur ROCHE Louis

Médecine du Travail : M. le Professeur BOURRET Jacques
M. le Docteur EYSSETTE

Néphrologie : M. le Professeur FRACOIS Bernard

Neuro-Chirurgie : M. le Professeur MANSUY Louis
M. le Docteur FISCHER Georges (M.C.A.)

Neurologie : M. le Professeur DEVIC Michel

Obstétrique : M. le Professeur GARMIER René

Ophtalmologie : M. le Docteur PAUPERT-RAVAULT (M.C.A.)

Oto-Rhino-Laryngologie : M. le Professeur MARTIN Henri

Parasitologie : Mlle le Docteur BATTESTI

Pédiatrie : M. le Professeur FRANCOIS René

Pharmacologie : M. le Docteur EVREUX (M.C.A.)

Pneumo-Phtisiologie : M. le Professeur TOURAINE Roger
M. le Docteur BERNARD J.P. (M.C.A.)

Psychologie : M. le Professeur GUYOTAT Jean
M. le Docteur MARIE-CARDINE (M.C.A.)

Radiologie : M. le Docteur BUFFARD (M.C.A.)
M. le Docteur CHOLLAT Louis (M.C.A.)

Rhumatologie : M. le Docteur MEUNIER (M.C.A.)

Séméiologie Chirurgicale : M. le Docteur VIGNAL Jacques (M.C.A.)

Séméiologie Médicale : M. le Professeur VIALA Jean-Jacques

Stomatologie : M. le Professeur DUMAS Pierre

Urgence-Réanimation : M. le Professeur DELEUZE Raymond
Mme le Docteur ESTANOVE Suzanne (M.C.A.)

Urologie : M. le Docteur PERRIN Paul.

A Odile

A David et Olivier

A mon père, à ma mère

A ma soeur, à mes frères

A ma famille

A ma belle-famille

A tous mes amis.

Aux membre de notre Jury

- Monsieur le Professeur J. GUYOTAT
- Monsieur le Professeur M. COLIN
- Monsieur le Professeur Agrégé J. HOCHMANN
- Monsieur le Professeur Agrégé J. VEDRINE
- Monsieur le Docteur ACHAINTRE
- Mademoiselle le Docteur Cl. SIMONNET

Nous les remercions de leur présence en ce
jour et d'avoir accepté de juger ce travail.

A Chantal BULHION

A Renée JOMAIN

A Marc FERRERO

qui ont partagé avec nous ces "réunions du Mercredi"

Aux patients qui nous ont tant appris.

A tous ceux qui directement ou indirectement nous ont
aidé dans l'élaboration de ce travail et en particulier

Mademoiselle le Docteur C. SIMONNET

Monsieur SERVERIN

Monsieur RONZON

Introduction

Depuis plus d'un an un groupe de patients se réunit chaque mercredi dans un dispensaire médico social en présence de soignants.

C'est à partir de notre pratique dans ce groupe qu'a été envisagé ce travail. Loin de le présenter comme l'aboutissement d'une recherche il est plus un questionnement, quelques réflexions autour d'un groupe. Grâce à cette expérience, une démarche : nous interroger sur le soin psychiatrique extrahospitalier, sur le travail en groupe avec des patients psychotiques et en quoi ceux ci peuvent ils en bénéficier.

Que l'on ne croit pas dans ce travail une nostalgie de la mode groupiste et communautaire qui est un peu dépassée actuellement dans le champs de psychiatrie. Mais si la situation duelle est privilégiée dans notre pratique, encore faut il qu'elle soit acceptable et qu'elle ait un sens.

Au moment de rédiger cette thèse nous avons mesuré son aspect morcellé, voire sa confusion. Elle traduit, entre autres, nos propres difficultés à théoriser à partir d'une pratique quotidienne. Essayant d'éviter de plaquer un modèle théorique sur nos observations et notre expérience, nous avons eu de la difficulté "à penser de nous mêmes" et c'est une navigation hasardeuse dont on peut critiquer aisément la cohérence. Nous nous sommes beaucoup inspirés des thèses du CEFFRAP (D. AZIEU, R. KAES, MISSENARD etc) et les travaux de BION, WINNICOT, nous ont aidé à préciser nos observations. Enfin faute d'avoir pu trouver un plaisir narcissique à l'écriture il est

possible que le lecteur s'égare un peu dans les détours de nos propos. Nous avons préféré en rester là (à défaut de pouvoir l'organiser en un discours scientifique et en risque de n'y voir que conclusions et théorisations hâtives et partielles) : elle traduit peut être mieux nos motivations personnelles et professionnelles.

Peut-être faut il signaler encore quelques difficultés qui sont apparues dans l'élaboration de ce travail.

Bien qu'ayant déjà participé à ce que l'on appelle "une formation en groupe" ce n'est pas en technicien spécialiste que nous avons abordé ces réunions du mercredi et ce que nous pouvons y trouver, encore et toujours, a la valeur de découvertes. Le recul, la distance nous manque pour avoir des "idées claires". Ecrire sur ce groupe n'est pas sans problèmes ; il est vrai que tenu à une certaine réserve, pudeur tant envers les participants que nos collègues nous avons été obligé de tenir dans l'ombre certains faits qui pourtant, auraient pu avoir valeur de démonstration.

Enfin, au départ n'était pas envisagé une recherche, et nous n'avons pu disposer de compte rendus exacts de séances et à plus forte raison d'enregistrements ce qui nous aurait aidé dans ce travail. Un essai dans ce but n'a pas été une réussite, modifiant notre écoute et gênant notre travail. Donc faute de "matériel" (qui aurait eu au moins le mérite d'étayer nos propos) et hormis quelques notes ou réflexions enregistrées en cours de l'année mais éparses et sans directions, nous avons

du compter avec nos souvenirs (transformés par le temps comme le sont les souvenirs) et ceux de nos coéquipiers. Cette mémorisation a été cependant féconde, car à la confrontation et à l'analyse y apparaît l'essentiel des processus dynamiques en cours. De ce point de vue "les blancs", les "oublis" y prennent valeur significative.

Faut-il encore ajouter la complexité de la dynamique relationnelle mise en jeu par la situation de groupe et les difficultés, contradictions que toujours nous sommes amenés à y rencontrer.

Enfin plus attaché à développer une expérience, une pratique plutôt que d'en parler, nous en appelons à l'indulgence de nos lecteurs qui, nous l'espérons, pourront "résonner" quelque peu à nos questions, à nos propos et enrichir en retour nos réflexions.

- Dans une première partie, rapidement, nous donnerons une esquisse du cadre dans lequel se sont déroulées ces réunions.

- Dans une seconde partie qui essaiera de retracer une histoire dynamique du groupe depuis son institution, nous verrons en quoi un changement ne peut s'opérer que par l'évolution des animateurs en soulignant au passage quelques aspects de la vie imaginaire

d'un groupe, métaphore de la psyché.

- Quels sens donner à l'utilisation de ces réunions par les patients comme à notre travail entrepris dans le groupe, est l'objet de ce quatrième chapitre qui vise en outre à dégager à mesure un processus de soin.

- Enfin nous envisagerons quelques hypothèses validant un tel type de prise en charge tout en soulignant ses limites. De là découleront certaines questions concernant l'articulation de telles activités avec d'autres modes de prise en charge individuelle ou institutionnelle.

**Le cadre des réunions
du Mercredi**

Dans ce secteur psychiatrique du 6ème arrondissement, une partie du travail extra hospitalier s'est orienté vers l'institution de groupes hebdomadaires.

Assurer une permanence des soignants, psychiatres, infirmiers, psychologues ou assistantes sociales pendant quelques heures de la journée régulièrement chaque semaine, était l'objectif envisagé au départ tant pour développer un soin extra hospitalier encore à l'état embryonnaire que favoriser la participation de soignants trop souvent cantonnés dans l'enceinte même de l'hôpital psychiatrique.

Ces nouvelles "activités" se sont développées peu à peu et c'est ainsi que cinq "réunions" existent à l'heure actuelle, l'existence de l'une d'entre elles remontant à plus de deux ans.

Lorsque, il y a un peu plus d'un an, on nous a demandé de participer à un groupe de ce type en collaboration avec deux infirmiers et une psychologue, le "groupe du mercredi" est né rapidement sans que préalablement en ait été défini autre chose que de grandes lignes : un groupe ouvert, où nous ne discuterions pas les indications, lieu possible d'expression autre que la parole (il était en effet envisagé que s'y déroulent différentes activités dont les modalités restaient à définir).

Peut-être s'agit-il de préciser (cela peut éclairer la suite) en quoi ce projet a suscité notre

intérêt, conjoncturellement.

- Désir de travailler à "l'extérieur". Parce que la plupart de nos stages de formation se limitent à des "responsabilités" à l'intérieur même des hôpitaux psychiatriques où nous avons rencontré d'amères désillusions, un tel projet a été propre à notre adhésion en ce qu'il comportait de possibilité de découvrir un autre soin dans la communauté.

En effet, la théorie généreuse de la politique de secteur mise en place au niveau du service public, il y a déjà fort longtemps, n'a pas débouché la plupart du temps sur des réalisations pratiques suffisantes pour modifier la notion même de pathologie mentale et du soin psychiatrique. N'étendons pas ici les multiples raisons de cet état de fait, fort bien décrit par ailleurs, sans pour autant nier les efforts laborieux de plusieurs générations de praticiens.

A part quelques expériences pilotes et résolument novatrices servant de référence positive ou négative, peu de choses ont changé, une pratique étriquée, un manque de moyen et de cohérence est la règle.

Sortir alors mais pour quoi faire ?

- Désir de sortir d'un rôle médical. Trop souvent prisonnier d'une fonction qui nous borne à soigner (et se leurrant en croyant avoir le savoir et le pouvoir de le faire) nous sommes amenés à perdre le sens même du symptôme et de la souffrance même, érodés au plus vite.

Crise d'identité salutaire, nous questionnant aussi dans quelques expériences "hors les murs", que ce soit les consultations ou les visites à domicile.

- Enfin confronté à la "psychose" et à la difficulté à établir une relation duelle authentiquement thérapeutique avec des patients, nous nous demandions si le sens de leur parole n'était pas à rechercher aussi avec les autres, le groupe, la famille, le quartier.

Le groupe ne serait il pas le lieu où puisse être formulé une véritable demande et où se négocierait la possibilité d'une relation thérapeutique ? Ne permettrait il pas une "rédinition" suffisante avec les patients ?

Ces questions, entre autres, nous nous les posions lorsqu'a débuté ce groupe, au mois d'Octobre 1976.

A ces réunions, entre 5 heures et 7 heures le soir, 25 patients ont participé en cours de l'année, plus ou moins régulièrement. Pour certains d'entre eux leur participation s'est réduite à une ou plusieurs séances, après quoi ils ne sont pas réapparus. D'autres sont venus, mais de manière épisodique.

Sept à huit patients ont participé de façon très régulière aux séances.

Pour aucun d'entre eux, ainsi que nous l'avons dit, nous ne discussions préalablement une indication qui était proposée par leur thérapeute habituel. En effet,

la presque totalité des participants était pris en charge par ailleurs que ce soit un soin institutionnel (quelques uns étant même hospitalisés depuis longtemps) des consultations et un traitement voire même pour deux ou trois d'entre eux une psychothérapie individuelle.

Cependant, pour un temps au moins, certains patients semblent n'avoir eu le groupe comme seule rencontre avec des soignants.

Si quelques uns d'entre eux nous avaient connu préalablement (lors d'une année d'internat passée dans le service) la plupart nous ignorait totalement. Ce n'était d'ailleurs pas tout à fait le cas pour l'infirmière, qui s'occupant à l'hôpital d'une salle d'activité, connaissait plus ou moins bien les patients ayant déjà été hospitalisés.

La participation au groupe n'a pas été présentée par leur thérapeute comme une chose obligatoire encore que pour certains il leur a été dit que cela faisait partie du traitement.

Les réunions se déroulent dans un dispensaire médico-social polyvalent et les patients s'y rendent le plus souvent par leurs propres moyens. Cependant une infirmière a utilisé son véhicule pour permettre à certains patients hospitalisés de pouvoir venir (l'un d'entre eux était encore en placement d'Office). Il semble que l'on tende à s'orienter actuellement

dans les unités de soins, à laisser plus d'autonomie et de responsabilités aux patients, en leur donnant des tickets de bus au moins pour ceux n'ayant pas les moyens de se les procurer, plutôt que de les véhiculer.

La réunion a donc lieu au premier étage du dispensaire, dans la salle d'attente, vaste couloir encombré de fauteuils, de tables basses couvertes de revues, de condriers, véritable hall de gare entouré par les bureaux du secrétariat et de consultations. Ce n'est pas que ces lieux soient très "habitables" et en particulier propices à toutes sortes d'activités, les quelques essais en ayant vite montré les difficultés. Cet espace s'est vite orienté en cercle de discussion qui est resté le mode privilégié d'expression au cours de cette année.

Une modification des horaires a entraîné dernièrement un repli dans une salle adjacente faisant office par ailleurs de salle de jeu pour enfants.

Histoire du "Groupe du Mercredi"

Essayer de retracer une histoire du groupe depuis son début, une histoire qui traduise une évolution dynamique et où puisse se repérer un processus de changement....

Non pas une chronique, mais une histoire racontée, un peu de notre histoire, qui trahira bien sûr d'autres réalités vécues et où il sera peut être difficile à d'autres de s'y reconnaître.

Que voulons nous y faire apparaître ? Certains processus de groupes inconscients tels qu'ils ont pu se manifester au fil des séances, se faire entendre dans leur langage obscur, contradictoire et inquiétant. Comment ils s'enchainent à travers des conflits de rôles dynamiques et dans une spirale évolutive.

Nous voudrions montrer également combien dans le processus historique qu'est l'évolution d'un groupe le problème de l'équipe soignante est intimement liée à celle des participants, qu'un changement n'est possible qu'à la condition que puisse se dévoiler quelque peu le désir inconscient des animateurs.

Si nous avons artificiellement découpé cette histoire en plusieurs phases c'est moins pour traduire une progressive maturation (le groupe passerait par divers stades pour arriver à maturité) que pour en faciliter l'exposé.

La continuité et l'intrication des phénomènes envisagés rend bien entendu ce découpage arbitraire.

Enfin rien ne nous autorise à en tirer des considérations générales sur des constantes qui se retrouveraient dans tous les groupes.

1ère PHASE

Construction de "l'objet-groupe" : l'illusion fusionnelle

I - C'est aux premières séances que nous nous rapporterons, bien que ce dont nous allons nous entretenir constitue la "toile de fond" de l'expérience de ce groupe tout au long de l'année.

La lune de miel

Lors de la première réunion, après avoir succinctement présenté les règles de fonctionnement (nous avons vu qu'elles étaient réduites) un flottement s'installe, un silence où les regards se cherchent, se découvrent, se fuient. Regards d'espérance ou déjà de persécution. Mais rapidement (puisque l'un d'entre nous rappelle qu'il est possible d'envisager différentes activités ; aux participants de les inventer et de les organiser) sont proposés par les uns ou les autres, du dessin, de la poterie, de la peinture, de la danse, de l'expression corporelle, de la musique, des sorties (pêche, cinéma, restaurant)... Trois patients n'expriment rien : si, l'un d'entre eux est irrité par l'étrangeté de la situation, les deux autres semblent traduire par leurs mimiques, leur participation à la bonne humeur de tous.

L'atmosphère est en rêve... Rêves d'enfants à qui l'on propose des vacances, avons nous pensé... Recherche un peu maniaque de ce que " nous allions faire ensemble". Cependant rien ne semble satisfaire l'ensemble des participants, aucun projet ne peut se

fixer, s'ébaucher et être repris par les autres. Si par hasard un patient insiste, un autre ne tarde pas à lui couper la parole pour y substituer sa propre idée. Aussi pensons nous avec amusement, vérifier si dans le "catalogue des éducateurs" que nous a confié le chef de service, une activité quelconque aurait été oubliée.

Cependant participant au rêve de tous n'avons nous pas nous mêmes proposé des activités ?

Conscients quand même de l'avidité de la demande comme de l'impossibilité matérielle de réaliser la plupart d'entre elles il est signifié l'absence d'argent à notre disposition comme notre doute qu'un dispensaire puisse accepter un tel bouleversement. Mais tout de suite un participant propose une collecte ou un système de cotisations qui pourrait pallier à ce manque et sûrement rassurés nous mêmes, nous ne nous attardons plus à ces tristes réalités. Un patient qui s'est peu exprimé et méfiant rappelle narquois, à la fin que rien ne s'est décidé. Mais le bref silence qui suit est vite dissipé ; c'est l'heure de se séparer, avec espoir et échanges chaleureux de poignées de mains. A la prochaine fois.

La tonalité des séances suivantes est du même ordre. Les participants se rappellent leurs noms, et même décident de se tutoyer et de s'appeler par leur prénom, ils sont irrités quand leur est adressé un "monsieur" ou "madame". Beaucoup se connaissent déjà ayant eu des moments de vie commune à l'hôpital.

Les échanges s'organisent à la recherche d'un référent commun (Hôpital, thérapeutes, infirmiers, souvenirs). Les propos sont plus aux loisirs et cela ne semble pas nous déplaire, habitués à un tout autre discours.

Il en est de même sur l'importance que prend la discussion à propos de sujets divers. N'est-on pas satisfait de voir s'élargir les communications. Cependant certains propos échangés témoignent une perte de sens des réalités et tout au plus faute d'entendre, nous nous bornons parfois à en constater seulement l'aspect puéril ou délirant. Aussi il est des moments où l'on peut bien se demander quel intérêt les participants peuvent trouver à échanger de la sorte. Comme BION nous nous sommes souvent posé la question : "comment une dizaine d'individus apparemment pas plus bêtes que d'autres peuvent ils échanger pendant des heures des propos dénués d'intérêt à leurs propres yeux".

Cependant des projets se précisent et même nous voilà d'ici peu en soirée ou en week-end, au restaurant, au cinéma, à la piscine ou à la pêche. Nous nous sentions un peu en danger, un peu "envahis", témoins ces interventions, ici que nous n'aimions pas l'eau, là que le dimanche était réservé et que nous avions une famille. Il faudra que nous puissions le verbaliser entre nous pour signifier aux participants après coup que c'était entre 5 et 7 heures le mercredi après-midi que pouvait s'organiser des activités, libre à eux de s'en aménager d'autres ailleurs mais sans nous.

Transgressant cette règle, deux d'entre nous iront participer) à une sortie restaurant avec quelques

patients assez mal à l'aise et pressés de repartir. Cet épisode sera rapporté plusieurs fois en cours d'année pour alimenter les clivages du groupe.

Parmi la multitude des projets évoqués l'un d'eux a retenu notre attention? Parce qu'il a été le premier à nous orienter sur les projections à l'encontre du groupe des patients comme de nous mêmes et signifiant par là la fonction imaginaire de ces réunions.

Se plaignant de leur habitat désastreux les participants rêvaient d'un "chez eux" où ils seraient bien. C'est alors que l'un d'entre eux proposa de louer une petite maison et de l'aménager ensemble.

Pendant qu'ils discutaient ce projet nous pensions qu'il n'était pas si déraisonnable de l'envisager dans la réalité. N'avions nous pas discuté déjà cet espoir d'avoir un espace "bien à nous" lors de réunions de secteur ? Ne serait-ce pas dans une réalisation de ce type que pourrait se nouer une relation thérapeutique ? D'autres ne l'avaient ils pas fait ? Et un nouveau foyer du Cerisier était né !... alors que déjà quelqu'un remorquait le projet utopique et proposait de construire en alimettes ou en cartons "la maison de nos rêves".

Recherche d'un "ailleurs" correspondant à nos désirs (entre travail, entre relation, entre soin...) et mis en résonance au désir des participants qui maintenant s'exprimaient métaphoriquement dans la description de cette petite maison idéale (environnement maternel, bon, rassurant).

Du moment où peut s'entendre le discours comme production imaginaire ou formation de compromis, l'écoute et l'investissement sont modifiés, il devient alors possible de détecter le contenu latent de ce qu'il se passe dans nos comportements comme ceux des patients.

Notre intervention : "la réunion du mercredi n'est elle pas un peu pour chacun d'entre nous la construction d'une petite maison" a été assurément trop timide. Cependant quelques patients vont exprimer des demandes plus personnelles où apparaît l'espoir de pouvoir communiquer, se découvrir, fuir la solitude et l'angoisse.

Le groupe des soignants face au groupe des participants.

Si apparemment le discours et le comportement de chacun vise semble-t-il à ne pas différencier les soignants des patients, la maladie étant chassée de ces réunions, il est pourtant à remarquer que presque aucune communication ne s'installe durablement entre les participants mais est obligatoirement centrée sur les animateurs.

La séance commence au moment même où nous semblons autoriser le débat. On s'attend à nous pour entreprendre, organiser, accompagner, répondre, diriger les débats.... On se tourne vers nous lors d'un conflit, ou d'un silence...

Les demandes se font d'ailleurs toujours plus pressantes, voire dévorantes. Quelques remarques, des appréciations un peu agressives, des silences, des soupirs, des mouvements impatients laissent entrevoir l'importance de la faim. Et prisonniers de nos désirs, sollicités par ces demandes et notre contre transfert, menacés par l'avidité, nous donnons des bribes de réponses", des interventions "réassurantes" comme des "morceaux de pain", pour apaiser un peu la faim. Avec sûrement la conviction mégalomaniacale de pouvoir la calmer un jour.

Toute explication de notre part est religieusement écoutée et même un simple acquiescement de la tête peut donner lieu et départ à un projet. Cela a été le cas pour une sortie restaurant où il manquait une autorisation, une bénédiction...

Ce regroupement peut s'observer par les places qui sont occupées et par l'organisation même de l'agencement des fauteuils.

La projection du mal

Ici la maladie est mise de côté comme si elle avait été laissée à l'hôpital, ou déposée quelque part. Pour le moment banalisée comme une chose n'intéressant personne, "hors du corps propre." Aussi est-ce avec frayeur qu'est ressentie son apparition dans un discours, un symptôme... "oh non pas ici" peut dire un participant voyant apparaître de tristes propos chez

sa voisine. Il est vrai que nous n'étions pas disposés à l'entendre, à la reconnaître. Nous pourrions même nous réjouir de l'investissement de cette partie "non malade" des patients !

Par ailleurs des propos expressifs se tiennent pour tout ce qui est en dehors du groupe. La société dans son ensemble est incriminée, organisation, système dont les lois aveugles frappent sans discernement et détruisent les plus faibles. Les difficultés de travail, de logement, les conflits sociaux sont évoqués. L'Hôpital même devient progressivement la cible d'attaques, les médecins sont présentés comme une race maléfique, les psychiatres machiavéliques et les plus tendres qualificatifs sont attribués aux psychologues, les autres bien sûr...

La tonalité dans le groupe est parfois franchement paranoïaque et avec grande susceptibilité et méfiance s'établit par rapport aux gens qui gravitent autour des réunions (en effet secrétaires, consultants, médecins, psychologues sont obligés de passer dans la salle d'attente où a lieu la réunion). Quelqu'un se demandera même si le médecin-chef ne reste pas dans son bureau pour espionner.

Non moins violentes sont les réactions envers ceux qui ne sont pas venus à la réunion, ceux qui arrivent pour la première fois. Ils sont agressés comme s'ils représentaient une menace narcissique pour le groupe.

Les autres réunions sont ainsi quelquefois décrites comme un lieu maléfique où "rien ne se passe" voire "aggravant le mal".

Nous sentons bien sûr l'importance de ces processus de clivage et de projection et parallèlement le mécanisme d'idéalisation à notre égard mais satisfaits de voir augmenter la cohésion interne du groupe même aux dépens d'un monde extérieur persécuteur nous avons des résistances à les signifier, résistances aussi à reconnaître l'objet de nos désirs inconscients...

Après avoir essayé de traduire le climat de ces séances peut-être s'agit il d'en saisir quelque peu le sens qui nous apparaîtra peu à peu.

II - Organisation de l'espace groupal.

Le groupe s'édifie comme métaphore du corps . La situation plurielle est en effet menace individuelle, menace narcissique, atteinte au sentiment d'identité. A noter le risque que semble faire courir l'émergence d'une individualité quand par exemple le discours d'un participant devient prééminent ou si les communications sont centrées sur lui. A cette menace persécutoire, et ceci est particulièrement net chez des patients psychotiques pour qui toute remarque individuelle est vécue dangereusement intrusive, les participants

visent à créer un narcissisme de groupe, supra-individuel.

C'est ainsi qu'ils semblent réagir par une "seule voix" par "la même bouche". Nous mêmes d'ailleurs, en s'adressant à eux comme "vous ensemble" on favorise ce sentiment d'unité corporelle. Souvent nous parlions entre nous du groupe comme d'une personne qui irait plus ou moins bien. Notre seul lien commun concernait justement ces réunions. Avoir conçu le groupe, l'avoir fait naître et maintenant le faire vivre. On voit ici combien les désirs, les projections des animateurs induisent aussi les participants à coïncider avec le signifié qu'on leur propose.

Par cet "objet groupe" corporel commun est assuré une relation préobjectale narcissique fusionnelle.

"La représentation du groupe comme corps oscille entre une tentative pour être corps, garantie première contre le sentiment impensable d'inexistence, et un projet de reconstituer une unité constamment menacée par les dangers internes et externes que recèle le début de l'existence corporelle ; faire corps c'est donner une forme à l'existence du corps menacé de morcellement, pour l'unifier". R.KAES.

En témoigne ainsi l'attente anxieuse lorsqu'un des "membres" est en retard ou l'angoisse qui surgit s'il est absent. Cela a été particulièrement net avec un patient Mr V... qui apportait avec lui cet "esprit de corps", valorisant les liens positifs s'établissant

dans le groupe, proposant souvent repas et sorties en commun.

Si le groupe a des membres, il a aussi une tête, représentée par les animateurs, le corps soignant, cerveau coordinateur et régulateur. Déifiée, cette représentation sera défendue avec acharnement si, comme le dit BION, "la Divinité exprime quelque doute quant à sa puissance".

Ainsi le groupe se constitue comme un corps imaginaire où chaque membre, chaque unité singulière n'est qu'un objet partiel. Son image idéale est maintenue à grand frais et c'est ainsi qu'il peut décider, penser. "Qu'est ce que le groupe en pense". D'où l'incapacité d'une action dans la réalité comme l'essai de décisions démocratiques où un choix ne pourrait être que la production de tous. Car il n'y a aucune réalité biologique à ce corps imaginaire, c'est un espace mouvant qui est exploré pour en circonscrire un intérieur, un extérieur, des limites, des rapports.

L'exploration-découverte par le regard, l'agissement ou la parole des murs, des portes avec discussions interminables pour les ouvrir ou les fermer, le déplacement des corps, l'installation et le déménagement des fauteuils, leur agencement, traduit bien ce besoin de repérage d'éléments objectifs support du corps fantasmé.

Car il s'agit du corps maternel qui est exploré par une opération métaphorique ou métonymique dans la jouissance mais parfois dans l'horreur.

"Construire l'utopie, c'est restaurer et contrôler le corps maternel et ses contenus, circonscrire les barrières protectrices contre les agressions et le mal extérieur. Le corps maternel est à la fois coextensif à l'espace du groupe, objet du désir d'être en groupe pour participer à cette réincorporation". R. KAES.

D. ANZIEU fait l'hypothèse de l'imagen corpore organisateur psychique fondamental de la vie du groupe.

"L'imagen appartient au même ordre de réalité que le fantasme est une représentation d'action - d'une action impliquant plusieurs protagonistes personnifiant les pulsions et les défenses - tandis que l'imagen est une représentation de personne, représentation constituant un noyau des instances régulatrices du Moi, telle le Surmoi, l'Idéal du Moi, le Moi Idéal ; le fantasme se construit au cours du développement psychique de l'individu. L'Imagen du moins pour Freud, se serait historiquement construite au cours du développement de l'espèce et préexisterait à l'enfant dès la naissance sous forme potentielle ; d'où le caractère universel des imagos et leur prédisposition à fournir aux groupes, aux collectivités, aux organisations leur unité psychique profonde".

L'imagen maternelle vient ainsi constituer dans un tel groupe un "socle corporel" (GORI) venant prendre la place du manque de corps biologique.

Elle permet un minimum d'organisation interne, une base libidinale suffisamment solide, "l'objet groupe".

Celui-ci est promu réceptacle du bon objet idéalisé.

Autrement dit la dramatisation dans le groupe des processus projectifs fait que placé dans la position de "mère idéale" nous assumions dans l'imaginaire ce rôle instanciel, le groupe des patients étant comme un enfant (un enfant que nous avons conçu selon nos désirs et mis au monde) un enfant qui a de nombreuses bouches et qui a très faim. Ainsi s'exprime avec une grande avidité une demande orale (le groupe est une bouche) demande d'activités entre autres, puisque telle était la nourriture proposée...

Il s'institue un profond rapport de dépendance dont BION a noté l'importance dans ses "recherches sur les petits groupes" et dont il fait l'une de ses trois "hypothèses de base", organisation sous jacente et inconsciente de la vie des groupes.

"Si je tiens compte du climat affectif du groupe et pour ne pas le voir, il faudrait vraiment refuser l'évidence - il est clair que le groupe ne s'intéresse pas au contenu de mes interventions, mais ne s'attache qu'à ce qui en elles peut lui servir à renforcer un ensemble de convictions bien établies. C'est ainsi qu'il note mes gestes, le ton de ma voix, mon

attitude et mon aspect physique et parfois même le contenu de mes interventions si tout cela peut s'intégrer dans le système préétabli. Le groupe s'unit pour établir l'image précise d'un objet dont il pourra dépendre".

Il s'agirait de la forme primitive de la libido, c'est-à-dire du lien du nourrisson à l'égard du bon sein dont il reçoit tout ce qu'il y a de bon en lui (nourriture, soin, guérison).

L'illusion fusionnelle

Elle résulte des mécanismes collectifs de projection et de clivage. Construction défensive. Cette "illusion groupale" décrite et expliquée par D. ANZIEU correspond à ces "retrouvailles" du bon objet idéalisé, la pulsion de mort ayant été projetée sur les ténèbres extérieures sur le non-groupe qui devient comme le groupe objet libidinal.

Les violentes attaques contre les lois extérieures, ou d'autres instances sumoïques traduisent bien cette forclusion de l'Autre, du Tiers social, empêcheurs de fusionner en paix.

Certains propos ont bien souligné cette inquiétante étrangeté du dehors.

Un patient est venu raconter pendant plusieurs semaines ses pérégrinations dans les salles de jugement (c'était un fervent des Assises et des histoires judiciaires). Ses promenades dans les

cimetières ou les tranchées du métro en construction, labyrinthe mortifère, entrailles de la terre. Ancien tuberculeux et apparemment désireux de le redevenir il nous traduisait ce monde paranoïde infusant son corps meurtri, infecté, exploré. Il demanda même les formalités à accomplir pour mettre son corps à la disposition de la science, après sa mort.

Un autre patient rapporte avec angoisse qu'à la séance précédente il a été obligé d'appeler SOS amitiés dès son arrivée chez lui, car dès la sortie du groupe il avait eu très peur et avait trouvé le monde bizarre.

Le groupe, "une topique projetée"

On observe donc dans le groupe des regroupements, des alliances selon des modalités superposables à celles que la psychanalyse met en évidence au niveau des conflits entre les instances inconscientes individuelles. Ce qui va définir dans l'intériorité et autour de "l'objet groupe" des rôles dynamiques, des fonctions analogiques instanciées. R. KAES a ainsi proposé le terme "d'appareil psychique groupal" pour tenter de rendre compte des différentes dimensions du processus groupal et en particulier de son évolutivité et du travail qui s'y accomplit.

Dans cette première phase décrite, tout se passe comme si les animateurs figurent le rôle du Moi Idéal et les patients le rôle du ça, les instances moiïques et sumoiïques étant projetées à l'extérieur. Cela

sous entend un Moi très archaïque, héritier du narcissisme primaire. Dans ces relations prédominent des identifications primaires, correspondant à une expérience fusionnelle, c'est-à-dire à l'introjection du bon objet. Le groupe objet du désir des soignants et de la demande des participants peut par le plaisir qu'il donne être le support, l'image d'un premier processus identificatoire.

Cette construction fictive du groupe vise donc également à offrir un objet au désir des animateurs dissipant l'angoisse fusionnelle et où chacun pourra se narcisser (identification narcissique) Construction transitionnelle (au sens où l'entend WINNICOT) le groupe devient cette étape intermédiaire de négociation entre la pure fusion au sein et l'existence d'une réalité comme telle.

Aussi pouvons nous conclure provisoirement cette phase avec PONTALIS qui nous signale "qu'il ne suffit pas de déceler les processus inconscients qui opèrent au sein d'un groupe, quelle que soit l'ingéniosité dont on sache alors faire preuve : tant qu'on place hors du champ de l'analyse, on élude en fait toute question sur la fonction inconsciente du groupe."

2ème phase

LA CASSE

I - Les choses n'en restent pas là. En effet, à cette phase d'illusion fusionnelle succède rapidement une crise, se développe un nouveau climat, un orage.

La "nourriture" tant réclamée n'est pas donnée, ou pas suffisamment, les animateurs n'étant pas disposés à sortir, organiser, voire tout simplement donner leur avis.

- A un premier niveau tout d'abord c'est qu'aucun moyen matériel n'est utilisable pour le déploiement "d'activités" et que tout le monde a du se rendre à l'évidence de l'impossibilité de réaliser la plupart des souhaits exprimés. Ainsi peut se ressentir et quelquefois même se dire cette grande frustration et l'agressivité qui l'accompagnent.

- D'autre part prenant peu à peu conscience de l'illusion d'où nous participions, nous avons de plus en plus répugnance à intervenir pour quoi que ce soit si ce n'est pour essayer de la mettre en évidence se retranchant le plus souvent dans le silence et incapables de donner un sens à ce qui nous arrivait, voire purement paralysés ou sidérés par l'intensité de ce qui pouvait se vivre, nous ne pouvions que constater l'apparition de ce nouveau climat et son cortège d'angoisses et de passages à l'acte.

- Cette phase a d'ailleurs été précipitée par l'arrivée assez nombreuse de nouveaux participants (nous rappelons qu'il s'agissait d'un groupe ouvert où nous ne discussions pas l'opportunité de l'arrivée de nouveaux patients). Ceux-ci apportent avec eux chaque fois un peu de ce "monde extérieur" dangereux et bouleversent l'économie défensive du corps imaginaire constitué.

Il importe toutefois de souligner que les conditions étaient là pour que la crise éclate et que ces nouveaux patients n'ont fait que la précipiter.

- Les quelques tentatives d'activités ont échoué. plus exactement elles n'ont apparemment pas atteint leur but et apporté le bienfait que les participants attendaient d'elles.

Nous en évoqueront une :

Plusieurs avaient souhaité écouter de la musique et c'est ainsi qu'une patiente apporte lors d'une séance électrophone et disques. Ceux-ci circulent tout d'abord entre les participants et l'accord se fait pour sélectionner une musique adoucissante, une symphonie. Grande fébrilité pour installer tout cela dans un bureau voisin et tout le monde s'assied en rond, allongé dans un fauteuil.... Cependant à mesure que le disque se déroule l'atmosphère se fait de plus en plus tendue, les échanges de regards, les soupirs, la nervosité, les attitudes rigides et contrôlées traduisent l'insatisfaction et l'exaspération de la plupart.

Aussitôt terminé un participant propose de parler de cette musique mais c'est le silence... vite mal supporté. Alors s'exprime par la bouche de nombreux patients la désillusion de cette tentative avec de plus en plus d'agressivité. Un seul, un peu hypomaniaque va essayer désespérément jusqu'au bout de ramener un peu de joie.

Une autre patiente plus tard ira chercher aussi un électrophone mais défectueux, il ne pourra être utilisé. Tout le monde s'attachera alors à lui interpréter cet acte agressif en se demandant aussi pourquoi le groupe est si destructeur et casse tout.

Devant l'impossibilité de faire quelque chose les participants ont décidé de discuter. Mais de quoi ? Tous les sujets sont prétexte à des agressions mutuelles, les discussions sont explosives, les silences lourds se multiplient. Certains patients "la ferment" comme si les mots qu'ils pouvaient prononcer étaient dangereux pour les autres, ou comme s'ils étaient menacés d'une attaque de leur discours. Le silence traduit bien cette position contre-sadique-orale qui paralyse une bonne partie des participants. Les regards s'évitent comme si eux aussi pouvaient devenir dévorants.

Il arrive que certains essaient de parler d'une expérience pénible mais il est bien rare que l'attitude du groupe leur permette de prendre leur problème en considération. Il en résulte des frustrations constantes et au fil des séances une exaspération.

La méfiance s'instaure entre tous et la susceptibilité. Deux couples venus à cette période vont s'entredéchirer et dans les deux cas ils ne seront pas d'accord de poursuivre ces séances.

D'ailleurs d'autres patients s'en vont, un d'entre eux se réfugie régulièrement près de la porte, et le nombre s'amenuisant tout le monde se demande si ces réunions ne s'achèment pas vers leur fin. Le binôme "attaque-fuite" décrit par BION comme "hypothèse de base" implicite aux groupes qu'il a conduit, traduit bien les phénomènes observables alors dans le groupe.

"Le groupe paraît s'être réuni pour lutter contre un danger ou pour le fuir".

Si nous avons eu souvent l'impression d'enfants se disputant entre eux pour attirer l'attention et la faveur parentale, plus fréquemment encore l'impression d'enfants envieux se déchirant entre eux pour essayer de survivre...dans le ventre de leur mère. Le plus souvent l'expression en est le cri, quels que soient les propos qui l'étayaient : cri d'abandon et appel à l'ordre. Tout se passe comme s'il fallait attaquer pour survivre et exister. Un patient raconte un épisode de sa vie pavillonnaire où il faut se battre pour manger, l'équipe soignante ayant décidé de ne plus servir le repas.

Nous entendons bien en quoi ces propos sont

significatifs de ce qu'il peut se vivre actuellement mais notre essai d'en donner une interprétation va se heurter à la suspicion générale au point où nous allons être persuadé d'avoir commis une gaffe.

Ainsi s'exprime la terreur d'être lâché brutalement, abandonné, séparé d'une puissance dont avaient été retenus les effets bienfaisants. Cette toute-puissance n'est pas mise en doute mais apparaît alors son pouvoir destructeur et la crainte d'être anihilé par elle.

Le fantasme d'un groupe-machinerie persécutoire et d'animateurs manipulateurs des pensées et des actes des patients se fait entendre.

- "C'est une expérience que vous faites" peut dire Mr BUR...

- Mr HUG... associe sur les expériences de laboratoire ou dissection d'animaux qu'il réalisait lorsqu'il était étudiant en médecine puis plus récemment sur son chat (mort après avoir été lavé à l'eau de javel et calmé par du Nozinan)

" et pourtant je l'aimais bien".

- Mr TOR... enchaîne sur la puissante machine de guerre qu'est l'armée et en délirant fait revivre aux autres ce qu'est un individu-jouet dans les mains des puissants de ce monde...

Un Dieu est évoqué, tout puissant, manipulant

significatifs de ce qu'il peut se vivre actuellement mais notre essai d'en donner une interprétation va se heurter à la suspicion générale au point où nous allons être persuadé d'avoir commis une gaffe.

Ainsi s'exprime la terreur d'être lâché brutalement, abandonné, séparé d'une puissance dont avaient été retenus les effets bienfaisants. Cette toute-puissance n'est pas mise en doute mais apparaît alors son pouvoir destructeur et la crainte d'être anihilé par elle.

Le fantasme d'un groupe-machinerie persécutoire et d'animateurs manipulateurs des pensées et des actes des patients se fait entendre.

- "C'est une expérience que vous faites" peut dire Mr BUR...

- Mr HUG... associe sur les expériences de laboratoire ou dissection d'animaux qu'il réalisait lorsqu'il était étudiant en médecine puis plus récemment sur son chat (mort après avoir été lavé à l'eau de javel et calmé par du Nozinan)

" et pourtant je l'aimais bien".

- Mr TOR... enchaine sur la puissante machine de guerre qu'est l'armée et en délirant fait revivre aux autres ce qu'est un individu-jouet dans les mains des puissants de ce monde...

Un Dieu est évoqué, tout puissant, manipulant

les humains. Si les agressions sont dirigées contre le groupe et les animateurs incapables de protéger et fous, les colères et passages à l'acte se multiplient et il est difficile de pouvoir immédiatement en traduire le sens. Le discours nous apporte des représentations terrifiantes où se lit les menaces destructives à notre égard.

De nombreux patients sont partis et ne reviennent plus et le peu de participants ne fait qu'augmenter l'anxiété de tous.

Ayant de la peine à verbaliser nos affects et nos craintes nous vivons nous mêmes notre mort prochaine, nous préoccupant seulement d'essayer de contenir l'agressivité et les pulsions destructrices qui semblent s'exercer dans la réunion. Les séances sont pénibles et redoutées et nos interventions, mal supportées ou même violemment rejetées, sont par nous mêmes mises en doute.

Enfin, entre nous, certaines critiques sont sous-entendues mais, rarement formulées, elles prennent une importance démesurées dans le NON-DIT.

A la suite d'une séance particulièrement difficile nous notions une citation lue quelque part : elle traduit bien le climat du groupe et notre propre vécu :

"Ce qui arrive, ce sont des réactions presque de panique au moment où la continuité du groupe est

menacée, sa stabilité troublée ou sa structure établie détériorée. Dans de telles circonstances, il peut y avoir une vague d'hostilité non organisée et dirigée aveuglément, une vague de terreur nerveuse, de perte passagère de confiance dans le processus du groupe accompagnée de cynisme et de scepticisme, d'absenteisme, d'affaiblissement de tous les liens du groupe et de tentatives chaotiques de rétablissement. Pendant une certaine période, le groupe semble être hors de contrôle et le thérapeute s'en aperçoit. Il semble se précipiter çà et là sans direction et tous les processus en cours, en train de se développer sont plus ou moins stoppés. Ces phénomènes peuvent être dramatiques ou presque cliniques".

Ne faut il pas que se rétablissent les défenses du groupe.

II - C'est bien d'une crise qu'il s'agit, crise individuelle et collective dont se manifeste les effets cliniques dans le groupe avec son cortège d'angoisses.

Effondrement des défenses du groupe

Nous avons évoqué en quoi le mécanisme d'illusion groupale et la création d'un groupe pouvait représenter une défense contre le surgissement d'angoisses persécutrices. Ici ces mécanismes de défense ne sont plus utilisables. L'image du corps-groupe-unifié était maintenue à grand frais. Mais le miroir dans lequel se leurrait tout le monde s'est comme brisé.

Il est devenu un abîme qui engloutit tout ce qui s'offre à lui, objet dangereux qui a perdu son pouvoir de créer des images".

C'est bien en effet à la désarticulation d'un corps imaginaire que nous assistons, perte des liens entre ses différents membres et attaques contre ces liens. Livrés à eux mêmes les nombreuses parties de ce corps semblent se livrer à une lutte cessante.

G. PANKOW écrit que pour le psychotique la rencontre avec le miroir ne détermine ni nostalgie, ni joie, mais l'effroi.

"Ainsi s'est produite la cassure caractéristique de la folie. A l'image du sujet se substitue d'abord l'image de l'autre, ensuite celui-ci devient une réalité autre... Par cette quête désespérée d'un autre, devenue réalité spéculaire, le malade se précipite dans le miroir".

Peut-on faire l'hypothèse ici de l'échec, tout au moins du risque des identifications narcissiques comme si dans cet objet-groupe offert aux désirs des animateurs, les patients risquaient de se perdre, de s'aliéner.

Le surcroissement d'angoisses paranoïdes et schizoïdes

Elles organisent massivement et se font entendre en s'actualisant dans le groupe et "dans les animateurs". Jusque là évitées et niées, camouflées grâce

à une construction fictive et narcissique, leur apparition correspond en "retour" des pulsions de mort agressives et auto-destructrices jusque là projetées dans un extérieur.

L'objet groupe, les animateurs deviennent ainsi l'objet d'attaques envieuses et destructrices. Les appétits du groupe se retournent contre lui même et ses fondateurs.

A. SFGAL a bien montré dans ce qu'elle dit de l'envie comment dans l'impossibilité où il est de s'approprier à lui seul un objet, le sujet malade préfère le détruire. Mais cette envie s'accompagne de l'idéalisation d'une partie de l'objet ou de sa totalité.

Mais malgré cet effondrement, un patient solitaire, va répéter inlassablement sa croyance en un groupe bienfaisant où les autres lui apporteraient la plénitude. Comme en écho aux autres et cramponné à cette représentation, son discours apportait chaque fois une minute d'apaisement pour tous.

Apparition du mauvais objet interne

C'est bien en effet l'apparition du mauvais objet interne qui fait problème dans l'espace temps du groupe. Il faut sûrement voir dans le départ de nombreux patients à ces moments l'impossibilité pour eux à maîtriser ses effets destructeurs, en ce que cela fait aussi resurgir la réalité individuelle, l'inviolabilité de la personne, la menace du Je.

D'autant plus que les soignants ont de la peine eux mêmes à assumer cette casse, à métaboliser et donner un sens à ce qu'il leur arrive. Dans la réalité un infirmier s'en va (en maladie) et nous imaginons tout. Son équipe sous entend que le groupe lui a fait mal. Il ne reviendra plus. Notre collègue psychologue part aussi en congés de maternité (elle n'osera pas avertir les participants)... et des fantasmes sadiques et de mort s'agitent que nous n'osons aborder...

"Si un sens ne pouvait être réinventé, le Je rencontrerait un seul désir, celui de faire subir la même violence à l'agent du discours, ce qui impliquerait qu'il assume de haïr celle et celui qui lui ont donné naissance. Mais haïr ce couple au moment où il est encore le représentant exclusif des autres et du monde voudrait dire que la même haine se répercute sur la totalité du hors-soi : le Je comme effet de ce qui revient sur la scène psychique à partir de ce lien, ne pourrait que se découvrir haïssable, haï et haïssant. Situation intenable et que les pulsions de mort auraient vite fait d'exploiter à leur profit".
PIERA CASTODORIADIS.

Pour les soignants se manifeste alors leur narcissisme destructeur : nous nous vivons potentiellement dangereux dans nos interventions, nos désirs notre présence même. Violence du soin, de la psychiatrie, du groupe. Il peut apparaître alors des sentiments agressifs, sadiques et difficilement verbalisables, s'accompagnant de culpabilité. Avec une

casse de la pensée qui nous rend incapable d'écouter et à plus forte raison d'élaborer quoi que ce soit (il peut s'agir à certains moments d'une véritable sidération). Aussi l'ambivalence et la confusion règne dans nos pensées, dans nos propos. La prise de conscience douloureuse de nos sentiments partagés traduit cette difficulté à assumer et à dépasser ce "fantasme de casse", traduction de la "prise en charge" du mauvais objet interne.

Cependant cette phase est historiquement importante.

1) D'abord parce qu'elle nous permet de comprendre le modèle implicite de la relation "soignante" instituée ici, relation duelle mère-enfant. Le groupe s'est constitué autour de l'illusion groupale des soignants, dont les désirs (de réparation) sont le seul organisateur. Ainsi l'identification imaginaire à une nourrice qui aurait pu donner jusqu'à l'épuisement une bonne nourriture manquante jusque là ; avec le plaisir sadique de gaver ou de priver les enfants qui lui sont confiés, attendant d'eux en retour amour et gratitude. Mythe de "l'équipe", petite famille, fonctionnant comme "îlot de survie" dans la communauté. Témoigne aussi de cette omnipotence du soin l'absence de projet précis, d'énoncés techniques, de moyens, comme notre désir d'avoir voulu fonctionner sans modèle extérieur, sans triangulation, sans référence.

Toute puissance de l'idéal thérapeutique dont le risque est bien dans l'adhésion des patients à cet idéal les plaçant en état de crise et dans une dépendance absolue. Mais peut être aussi temps nécessaire à une relation thérapeutique ou psychotique !

2) Nous commençons à nous rendre compte de la nécessité de nous donner les moyens de continuer à travailler. En particulier la nécessité d'une réponse appropriée de ce que nous pouvons percevoir dans la relation aux patients, nécessité d'un travail d'interprétation. Enfin que soient précisées des règles de fonctionnement et que des réunions après le groupe puissent s'instituer entre animateurs pour nous aider à comprendre, et à élaborer notre projet. Ainsi se négocie une désillusion des soignants.

3) Au point de vue dynamique dans le groupe cette étape amorce un changement . Parce qu'est mis en doute l'omnipotence et qu'est exprimé chez les soignants un manque, un doute. Nous nous demandons si les phénomènes observés dans le groupe n'expriment pas un rapport de contre-dépendance assez archaïque, y trouvant une analogie avec la phase du "NON" chez l'enfant telle que l'a décrite SPITZ.

Il s'expérimente une sorte de dépersonnalisation où nous ne savons plus qui nous sommes et quelle est notre fonction. Le contenu même de nos échanges laisse voir combien sont mobilisés chez nous des fantasmes de castration.

Il apparait chez nous le besoin (nous soulignons le terme besoin, car en tant que tel, il ne peut que difficilement être exprimé dans le groupe). Ainsi est mobilisé chez nous un nouveau rôle dynamique qui semble prendre les caractéristiques d'un SOI-INFANTILE, bascule par rapport aux positions précédentes.

- A un niveau archaïque cela pourrait bien être le besoin d'être aimé, véritable demande orale adressée aux participants.

- Besoin de nourriture recherché dans les livres, appétence à savoir qui prend plus l'allure d'une ingurgitation.

- Besoin de parler et de pouvoir verbaliser nos craintes et nos émotions (désir de rencontres plus fréquentes entre animateurs, désir de resserrer les liens.)

Ce besoin s'exprime aussi par l'appel aux autres.

Vu le peu de participants nous pouvons nous demander si de nouveaux patients étrangers à la situation affective du groupe ne seraient pas les bienvenus. Appel à du "matériel vivant" ou même à du "matériel inerte" (moyens matériels pour avoir des activités) qui apparait plus comme un besoin de lutter contre l'émotion ou l'anxiétés éprouvant dans des situations difficiles.

Pour les patients il en est de même si les animateurs sont ressentis incapables de nourrir ou de protéger.

- Nous nous sentions un peu comme cet alpiniste amateur qui croyant gravir une colline avait franchi une zone un peu dangereuse de crevasse et de séracs branlants. Maintenant, devant une vraie montagne, attiré par elle, il hésitait à s'engager tout seul sur des voies inconnues, à trouver seul un itinéraire. Il sentait le besoin d'un guide et de bonnes cordes d'assurance.

Nous nous demandions alors si un "contrôleur" n'était pas nécessaire pour poursuivre le travail. Parallèlement à germé l'idée d'écrire notre thèse.

Cette référence à un Tiers, référent paternel paraît importante car elle marque l'essai de se dégager soi même d'une relation psychotique.

De ce groupe-mère dans lequel se sont agités tant de fantasmes est fait appel à une loi, à une référence tierce extérieure, à un ordre (nouveaux processus identificatoires à un Je fort) introduisant déjà une évolutivité, un processus de changement.

3ème PHASE

LA DE-FUSION

Nous pensons qu'il se joue alors entre participants et animateurs une sorte d'alliance inconsciente, l'une et l'autre partie acceptant d'assumer une Présence qui les protège de la destructivité et de la Mort.

Cette présence, référence tierce est à chercher au dehors, et nous avons vu comment participants et animateurs appelaient à l'aide une instance médiatrice, une loi pour mettre de l'ordre.

Cette présence, c'est à notre avis des instances surmoïques jusqu'alors projetées sur le monde extérieur.

Apparition du Surmoi dans l'intériorité du groupe

Il s'agirait d'une première ébauche de triangulation pour échapper à la relation duelle mortifère, appel d'un Surmoi ou plutôt de son ébauche archaïque, encore très sévère et persécuteur.

Cependant Loi maternelle surtout, protectrice contre la haine, la destruction et la mort et permettant d'engager un espace, une séparation, plus que loi maternelle interdictrice et assignant le sujet à un ordre social.

Nous avons pourtant noté ci-dessus le besoin de s'en référer à un Tiers et le besoin d'identification à un "je fort" qui venant de l'extérieur nous protégerait, une sorte de loi du Père. Il est évident qu'un signifiant paternel est utilisé dans le développement relationnel que ce soit un participant qui ait cette place ou le plus souvent la représentation phallique du médecin, porteur d'interdits.

- Cela va se traduire pendant les séances par une plus grande fréquence des interventions de la part des animateurs (nous avons souligné notre décision de recourir à une activité interprétatrice plus soutenue) et par un rappel de règles de fonctionnement du groupe que nous sommes appelés à répéter souvent, précisant l'importance du cadre de fonctionnement (armure symbolique !).

Sont intervenues également des décisions unilatérales comme celles de se réunir entre animateurs après la séance, décision très critiquée bien sûr et dont nous avons vu ce qu'elle a pu représenter pour les participants.

Enfin cette phase a coïncidé avec l'arrivée d'un nouveau psychologue en remplacement de sa collègue. Investi tout de suite d'un rôle de sauveur son arrivée a permis une diminution importante des fantasmes de mort et des mécanismes destructeurs qui se jouaient depuis plusieurs séances.

Réassurant les patients par notre capacité à les aimer malgré tout, et les investir tout de même, nous dirions que son arrivée a engagé de nouveau l'illusion comme si après tout l'histoire pouvait continuer.

Aussi préciserons-nous à propos de l'illusion que celle-ci s'inscrit alors dans un champ transférentiel à la différence de la première phase où elle participait avant tout de la problématique de l'équipe soignante.

Pendant plusieurs séances des histoires entrelacées comme dans un mythe fleurissent où sont entremêlés, souvenirs du groupe et souvenirs individuels, une sorte de ré-ancrage dans le passé. Il peut s'agir même d'une sorte de jeu, comme la répétition dans un spectacle quand on travaille la préparation de rôles, une sorte d'exhibition où chacun se présente soit de façon purement narcissique, soit pour désespérément attirer l'attention.

Si cette arrivée signifie de nouvelles potentialités (pouvoir, contrôle, protection) il va s'en suivre un profond remaniement dynamique dans les inter-relations du groupe.

La Différenciation - L'Emergence individuelle

Les interventions plus fréquentes, explications ou interprétations "sauvages" autoritaires et

castratrices expriment le jeu des identifications personnelles. Elles sont de moins en moins dirigées à l'encontre du groupe dans son ensemble et de plus en plus individuelles et personnelles.

Cette activité surmoïque prise en charge par les animateurs (qui prend parfois des allures pédagogiques) rompt l'unité du groupe. Surgit alors l'individu, le "je malade" dont les mouvements contre-transférentiels font apparaître une connotation bonne ou mauvaise avec tout un éventail de valeurs allant de l'une à l'autre.

Les alliances, les scissions en sous-groupes chez les participants

Les communications sont du moins centrées sur les animateurs mais se développent surtout entre les participants.

Toujours avec une tonalité agressive et conflictuelle il s'observe des alliances, des "couplages" et la formation de sous-groupes entraîne pendant la séance toute une série de scissions.

Ainsi les parleurs contre les silencieux, les hommes et les femmes, les hospitalisés et ceux qui ne le sont pas, les infirmiers - les psy., un "couple" complice face à un auditoire désapprobateur...etc...

Enfin surtout, et nous pourrions découvrir là la possibilité d'un axe interprétatif, la partie malade et la partie saine.

En effet tout se passe comme si tout un sous-groupe de participants conférait à son homologue, voire à un seul patient la parole et les questions, la souffrance, la maladie ou au contraire la normalité.

Clivage bien entendu interne de la partie malade de leur moi avec projection sur un autre, sur un groupe ou sur les animateurs de leur partie malade ou de leur partie saine.

Cependant s'il nous a semblé que quelquefois ces mécanismes projectifs permettaient à certains de se défendre et de méconnaître leur propre souffrance et nier leur maladie, il apparaît plus souvent une véritable délégation de tout un secteur de leur personnalité placée dans quelqu'un, qui prend même pour certains l'allure d'une vidange de leur monde intérieur. On reconnaît là les mécanismes d'identification projective pathologiques qui demeurent prévalents dans ce type de groupe.

Cependant, autant que l'expérience de ce groupe peut nous avoir enseigné, remarquons que ces mécanismes semblent dramatiser parfois (à certains moments de crise évolutive du groupe) alors qu'ils s'estompent à d'autres instants, au moins pour certains patients.

Les scissions en sous-groupe sont la conséquence de l'intervention du rôle dynamique surmoïque exercé par les animateurs et correspondent au conflit d'instances s'exerçant chez eux. Ce qu'il se passe dans le groupe en est pour ainsi dire la dramatisation.

II°) Des patients qui tendent à maintenir un lien d'identification avec les composantes maternelles idéales des animateurs et dans une position de dépendance passive

Ils semblent venir aux réunions par pur automatisme souvent encore hospitalisés, ils font alliance avec l'infirmière qui les emmène et les ramène et représente pour eux ce rôle sécurisant et maternel. Silencieux, ils délèquent toute parole aux autres, subissant passivement leurs attaques, appelant à l'aide les animateurs si cela va trop mal. S'ils prennent la parole c'est comme pour nous apporter "un petit cadeau" sous la forme d'un petit événement de la vie journalière, plaisant en général. Si par contre ils semblent nous voir engagés conflictuellement avec d'autres ils peuvent venir à notre secours pour nous défendre. Cependant il arrive, que paniqués par l'absence de "l'autre-partie", leurs silences destructeurs ou leurs agis nous apparaissent massivement.

S'ils font de la "résistance passive" nous pouvons être amenés en s'identifiant à eux à avoir envie de les protéger, de les défendre et de les restaurer ou au contraire identifiés aux autres, de les secouer et de les faire parler...

2°) Des patients s'identifiant à l'agresseur
c'est-à-dire à la composante surmoïque des animateurs

Pour ceux-ci au contraire, la résistance prend la forme de l'offensive. Ils vont essayer de dominer et contrôler les autres participants comme tout ce qui peut se passer pendant les séances. S'appropriant un "je fort paranoïde" ils vont essayer d'asservir les participants et les animateurs.

Ici cette domination et ce contrôle vont prendre la figure d'un "leadership" par la personne de Mr Bur... dont la problématique personnelle correspondait bien à cette fonction dynamique. (Encore que d'autres patients l'aient exercé en opposition à lui, et surtout en son absence).

Son cas illustre bien ce que l'on entend projection du surmoi dans le groupe.

Dès que cela lui a été possible il monopolise les débats par la parole et ses agressions contre la parole des autres sont constantes. Il aime bien ceux "qui le contrent" étant à l'aise dans une communication agressive et se fait plaisir en démolissant ce qui peut lui être adressé.

Il triomphe même s'il parle tout seul et alors fait remarquer qu'il est le seul à parler. Il essaye de montrer par des agis multiples qu'il est le seul et indispensable.

Rien ne le met tant en danger que quand s'expriment des sentiments personnels ou des émotions que lui réprime fortement en se cantonnant dans un discours désaffectisé qui prend l'allure parfois de rationalisation morbide. A l'affût de tout ce qui peut se passer, par la parole, les actes ou les regards, il ne supporte aucune fantaisie, aucune association libre et exige des explications.

L'intensité de ses processus envieux et destructeurs fait qu'il ne supporte aucune émergence individuelle de la part des autres sauf en essayant de se "coupler" avec quelqu'un satisfait d'encaisser ses coups.

Par rapport aux animateurs et à leurs interventions il en est de même, il tente de les exclure : "vous de toutes façons, vous êtes ailleurs". Ceux qui par hasard osent affirmer leur individualité ou leur désapprobation sont attaqués et souvent obligés de fuir. Il peut faire ainsi devant les autres participants silencieux le compte de "ceux qu'il a fait partir". Ainsi se manifeste un surmoi cruel, destructeur et persécuteur, surmoi sadique oral et sadique-anal.

Sans développer son cas ici, il est à souligner combien sa problématique entre en résonnance avec les besoins des participants ceux-ci pouvant par son intermédiaire et en déposant en lui toute l'envie, l'agressivité contre le groupe et les animateurs, rester en dépendance passive, ayant même besoin de lui pour exister. Ce fonctionnement qui survient à un moment

évolutif du groupe illustre bien le phénomène de "leadership en tant que porte parole du discours manifeste et de la résistance".

Il montre ainsi que pour un temps il y a organisation du groupe autour du fantasme individuel de Mr Bur... (1er organisateur-Anzieu).

Cette phase a des caractères tels qu'elle permet une relative stabilité groupée sous la domination du chef (leader) celui-ci proche du groupe et de ses besoins (profonde idéalisation du groupe), il peut en se l'appropriant contrôler et réprimer ses tendances anarchiques "c'est le groupe à Bur..." comme en parlait un autre patient venant de temps en temps s'y confronter.

Ainsi se caractérise cette phase comme une sorte de personnification du groupe assurant une défense contre le péril fusionnel par l'instauration d'une hiérarchie et la production d'une idéologie (que va façonner le chef). La réunion devient un lieu clos, fermé sur lui-même qui construit des rites (en s'appauvrissant) et en utilisant le rejet pour ceux qui en perturbent le fonctionnement.

Les scissions chez les animateurs

1°) Le conflit d'instance se manifeste dans l'équipe soignante :

L'un ou l'autre d'entre nous fonctionne

alors selon un rôle dynamique rattaché au Moi Idéal ou Surmoi. Il se crée ainsi des alliances et des conflits dont nous donnerons deux exemples.

Peu après l'arrivée du nouveau psychologue, nous sommes satisfaits du meilleur climat du groupe. Nous remarquons ses interventions directes, "raisonnables", explicatives en nous disant qu'il est psychopédagogue et stagiaire donc jeune dans le métier ! Nous ne sommes même pas irrités, ce qui nous interroge. L'analyse de ce vécu nous montre notre propre retranchement dans une position mégalomaniacale d'omnipotence.

Un peu plus tard, l'infirmière dans le groupe, silencieuse ou qui parfois nous irrite, à la fin de la séance elle ramène les patients (silencieux) à l'hôpital : Par contre avec le psychologue nous nous retrouvons après la séance au "Bar des Amis" pour nous entretenir des patients "qui ont parlé". Conflit, alliance inconsciente, mécanismes défensifs homosexuels ignorés quelque temps, lorsque nous pourrions en parler, l'infirmière pourra dire son irritation, combien elle désirait alors le retour d'une psychologue femme, elle-même non reconnue comme femme par quelques participants.

2°) Ce "conflit instanciel" s'expérimente aussi individuellement et il s'exprime par ce que l'on décrit en psychosociologie sous le terme "confusion de rôle". Il correspond à une perte d'identité, et souvent à une grande confusion intérieure, quant au contenu et au temps des interventions par exemple.

Ambivalence alimentée par les scissions des participants et leurs projections antagonistes à notre égard. Il apparaît alors, puisqu'on se sent personnellement dans le besoin (cf Soi infantile), toujours la tentation de faire machine arrière et de revenir à des positions omnipotentes (soif de pouvoir).

Mais les règles implicites ou explicites de notre position dans le groupe servent alors de "garde-fous" pour se repérer dans ces mouvements contretransférentiels. Ainsi il est assez fréquent que l'un ou l'autre d'entre nous les rappelle spontanément lors de la réunion après le groupe.

Nos réticences à exercer un rôle directif et autoritaire ou à se retrancher dans l'omnipotence entraînent des sentiments d'impuissance comme si nous étions exclus du groupe par notre fonctionnement : Nous prenons conscience de l'aspect surmoïque de nos interprétations, ne les supportant plus du tout sans être capables pour autant de nous situer dans une fonction nouvelle. Exclue aussi par les participants ayant apparemment trouvé leur chef idéal celui-ci nous ayant pris ce rôle imaginaire.

Nous pensons que s'effectue alors pour les soignants un travail de deuil dont les effets se manifestent par un désinvestissement, un désintérêt, une sorte d'évasion (soit que l'on n'ait pas envie de venir, soit que l'on s'évade par la rêverie...). Des angoisses d'abandon s'expriment dans nos réunions après le groupe alors que dans l'ambivalence se verbalise l'agressivité entre nous ou concernant les participants.

Ce mouvement dépressif correspond à la perte des illusions concernant le groupe ou les patients certes, mais aussi il nous semble qu'il peut s'agir de la perte d'émotions, de sentiments, de représentations, de relations éprouvées jusque là comme si à partir de là les patients ne seraient jamais vus de la même façon.

Nous voyons que cette crise, ce retour sur le passé avec culpabilité traduit aussi une élaboration, comme vers une meilleure intégration, une sorte de dégagement de relations psychotiques projectives ou introjectives prévalentes jusque là.

Il naît alors une nouvelle fonction plus autonome et se fondant sur l'expérience historique du groupe dont le rôle dynamique s'apparenterait plus au Moi.

Ainsi s'acquiert une juste distance, et une plus grande neutralité qui fonde un espace intermédiaire d'écoute et d'élaboration, c'est-à-dire la possibilité d'exercer un rôle plus "technique".

Si les mécanismes projectifs prennent moins d'importance, cela ne veut pas dire que nous ne participerons plus à des identifications sur les participants mais celles-ci seront parcellaires et pourront être plus rapidement analysées.

En d'autres termes cette phase peut apparaître comme une sorte de rupture d'un rapport de continuité psychique entre soi et les autres. Elle introduit la phase suivante.

4ème PHASE

AMORCE DE CHANGEMENTS

- Au désinvestissement des soignants d'un idéal qu'ils se faisaient d'eux-mêmes par l'intermédiaire de leurs projets sur le groupe et les participants, fait suite un réinvestissement du groupe par les patients. Les soignants se sentent devenir vivants, c'est-à-dire émergent d'un tissu d'identifications projectives pour acquérir une place qui les fonde dans leur identité alors que les patients, eux, prennent confiance.

- L'évolution de Mr Bur... va introduire également un processus de changement. Il a pris le leadership du groupe (cf. phase précédente), contrôlant bien les autres il incarne la "fonction de résistance". Cependant il va être aussi "agent du progrès".

Le travail que nous avons alors engagé s'est déroulé en trois temps

- Dans un premier temps : parasités par la règle qui énonce que "ça ne s'interprète qu'au niveau du groupe", nos interventions ont peu d'intérêt, elles sont rejetées d'ailleurs par tous.

- Deuxième temps : Nous nous rendons compte de la nécessité de centrer nos interventions sur le leader essayant d'interpréter sa rivalité avec nous et son besoin de contrôle et d'agressivité, comme sa propre crainte d'une passivité : sans grande efficacité, et cela prend l'allure "d'une communication privée", le reste du groupe étant exclu.

- Troisième temps : S'étayant sur les échanges conflictuels, nous interprétons au niveau des rôles que chaque partie semble exercer pendant la séance en essayant de souligner dans le transfert pourquoi les participants semblent avoir besoin de Mr Bur... pour se défendre et se protéger d'une "loi tyrannique et mortifère projetée sur les animateurs".

Alors à mesure que Mr Bur... assouplit ses défenses, abandonnant "son emprise" par la parole et son agressivité, amorçant même un processus dépressif, les autres patients reprennent "vie", pouvant le défendre, l'attaquer, le soigner.

Le cycle destruction - réparation

Les conduites agressives et sadiques continuent envers le groupe, à l'égard des animateurs, ou entre les participants, mais elles s'accompagnent de conduites réparatrices.

Mr Bur... pointe sa culpabilité et il va voir dans la semaine ceux "qu'il a fait partir", acceptant mieux lui-même la passivité dans le groupe et se laissant aller à des fantaisies et l'expression de sentiments plus personnels, exposant aussi sa souffrance aux autres qui peuvent l'écouter et le "réparer" en retour.

Entre eux les patients s'apportent "des choses bonnes" et c'est souvent des éléments repris au passé du groupe, éléments réparateurs.

Réparation qui s'exerce aussi envers les soignants et à la relation soignant-soigné. Il nous a semblé important que soit soulignés ces éléments réparateurs car ils sous-entendent une reconnaissance implicite du pôle malade en chacun, alors que jusque là celui-ci était très clivé. Cela entraîne d'autre part une grande mobilité des identifications et des rôles dynamiques, identification à l'autre qui souffre et identification au thérapeute. Or ces identifications multiples sont le "moteur principal de la relation de soins" PACAVIER.

Lors d'une séance, une jeune patiente inconnue de nous tous traverse la réunion en long et en large en insultant son thérapeute qui n'est pas là. Comme son comportement est manifestement très destructeur à l'encontre du groupe, nous le signifions et elle se réfugie dans un bureau où tout le monde se demande ce qu'elle peut y faire vu le bruit qui en parvient.

Un patient va aller la chercher, l'inviter à la réunion et l'écouter exposer sa souffrance et sa haine du thérapeute car il n'est pas là au moment où elle voulait. Plusieurs vont prendre en charge "sa peine" et intervenir en la soignant de façon très remarquable. Elle partira soulagée. -

Pôle dépressif - Pôle psychotique

Il semble se jouer alors pour certains patients au moins, un mouvement dépressif qui se traduit par la nostalgie d'un bon objet, d'un groupe idéalisé avec retour sur le passé du groupe, et expression d'une dépendance à son égard. Mais si ceux-ci ont la possibilité de se déprimer dans le groupe, les autres fonctionnent en général au niveau de défenses contre ce risque majeur (défenses maniaques, idéalisation, clivages) aidant paradoxalement le reste du groupe. Ainsi s'entretient un cycle où nous essayons d'introduire des éléments de liaison (amorce dépressive de Mr Hug..., déni de Mr Bur..., défense maniaque de Mr Tor...). L'agressivité peut mieux se verbaliser et elle est moins destructrice. Les épisodes de crise dépressive,

particulièrement nets lors de certaines séances, avec un ton monocorde et uniforme selon les participants, une pauvreté des échanges, sont repris dans un discours élaboratif les séances suivantes (et là aussi nous nous efforçons de les reconnaître et d'en aider la verbalisation).

Relance de la fantasmatisation et créativité

Cette phase est caractérisée par une intense activité créatrice. Il fleurit pendant les séances des représentations dans un langage essentiellement figuratif concernant tant les relations entre participants qu'avec les animateurs ou le groupe. Les communications sont aussi plus associatives et s'élaborent des histoires mythiques trouvant leur source dans un événement, un souvenir, une fantaisie apportée par l'un des participants. C'est un espace de jeu (au sens où l'entend Winnicott) et déjà une élaboration traduisant le fait que le groupe peut "penser" ce qui un temps était impensable.

Espace de fantasmatisation et intermédiaire entre animateurs et participants où se dit dans un langage primordial ce qui a déjà pu s'éprouver dans le passé (passé infantile du groupe).

Si l'analyse de ces représentations favorise la fonction interprétante en ce qu'il est plus facile d'en restituer un sens par la métaphore, le danger nous est apparu de la bloquer par des interventions

"trop pertinentes" ou non formulées dans le ton de la séance. Aussi nous a-t-il semblé utile de la relancer souvent, de bien entendre, d'attendre et de ne pas trop intervenir. Il semble qu'à cette condition nous soit reconnu le droit d'y participer en introduisant une autre dimension du jeu.

Dans cette élaboration de significations le mot est important en ce qu'il introduit une plurivalence de significations. Certains mots, certaines expressions des patients sont ainsi explorées "dans tous les sens" et comme un matériel "transitionnable" qui sert d'ailleurs à soigner celui qui en a été l'énonciateur. Ainsi "le football" de Mr Poitr..., "les ennuis de travail" de Mr Mour... ou de Mr Pirc..., "l'agressivité" de Mr Bur..., peuvent être restitués à leurs propriétaires lorsqu'ils en ont besoin, comme si dans une série de cartes à jouer il s'agissait de rendre la carte qu'un patient aurait déposé un jour dans la réunion.

- "Le chat torturé" de Mr Hug... deviendra "le chat miaulant" métaphore d'un patient qui se plaint ; puis "le chat qui sort ses griffes" ou "le chat qui joue à la souris" ou "chat aux yeux doux" soignant, agressif, manipulateur ou séducteur.

Nous sommes un jour "requin entouré de deux poissons pilotes" ou "arbitre d'un match de football", "dirigeant manipulateur et détourneur de fonds..." -

Sont ainsi explorées des représentations sous-tendues par des fantasmes originaux :

. fantasme de la scène primitive (des parents combinés). Mr Bur... qui depuis longtemps s'en va cinq minutes avant la fin de séance parce qu'il ne peut pas voir les soignants aller se réunir après coup dans une autre pièce, va pouvoir ensuite rester et élaborer "ces choses qui se jouent là bas et entre nos regards".

. fantasme de séduction et de procréation du groupe par les animateurs : "j'ai remarqué qu'ici vous nous preniez toujours par derrière"...

L'important est déjà cette fantasmatisation qui apparaît sous forme de représentation dans le groupe.

Nous nous méfions d'ailleurs de pousser trop loin des interprétations quand le fantasme n'est pas dû à une élaboration collective.

Certains patients sont partis, d'autres reviennent. Nous avons vu, imperceptibles, les traces d'un changement chez certains patients. Mais de l'extérieur comme de l'intérieur le groupe est poussé à un continu devenir. L'histoire ne fait que commencer.

EN RESUME,

Dans l'essai d'analyse de ce groupe au fil de son histoire, ce que nous avons voulu mettre en évidence c'est que la dynamique du groupe, son évolution, est liée à la désintrication progressive des projections défensives psychotiques auxquelles les soignants sont un temps participants : d'autant plus dans ce groupe où le désir des soignants qui l'instituait en rendait nécessaire l'analyse, travail préalable sur "soi-même" pour que d'un "groupe de rencontre", au départ, on puisse maintenant s'interroger sur sa dimension thérapeutique.

Le Psychotique & le Groupe

I - LA MISE EN "SCENE"

Qu'est-il proposé aux patients ?

- Un espace-temps à leur disposition au cours de la semaine.

La plupart du temps, ces réunions leur sont indiquées comme faisant partie de leur thérapeutique : Indication posée dans les unités de soins ou par leur thérapeute habituel.

- Ce n'est pas toujours le cas, soit pour des patients venant "d'eux-mêmes", soit que la participation au groupe n'ait pas été présentée comme un soin -

- Des soignants sont inclus dans cet espace-temps, on pourrait dire qu'ils se proposent dans le contenu même du groupe. Ils se mettent en scène, acteurs d'une scène à jouer avec d'autres acteurs que sont les patients. S'ils apportent une certaine règle du jeu, le scénario n'est pas écrit, ils sont en "quête d'auteur".

Ainsi est présentée une situation dépouillée où les acteurs d'une relation thérapeutique sont en place, des soignants et des patients, dans un dispensaire médico-social.

- Il ne faudrait pas nier pour autant le producteur et le consommateur mais c'est un aspect que nous ne développerons pas. -

De par leur participation à ce groupe le patient comme le soignant ne pourra nier complètement son identité, sa fonction. Ni complètement médecins pour les uns, ni complètement malades pour les autres, ils ne pourront faire comme si rien ne se passait ou sinon grâce à leurs mécanismes de défense.

Ainsi peut-on dire que les désirs des soignants, leur projet est l'organisateur de ces rencontres.

- Mais la notion même de groupe, de réunion véhicule d'autres valeurs, d'autres représentations. La "réalité" du groupe, comme celle du quotidien, baigne dans l'imaginaire ; mais à la différence de celle-ci, elle est secondairement et au moins potentiellement symbolisable. La rencontre des soignants et des soignés a donc lieu dans ce face à face imaginaire.

Nous avons vu comment la situation de groupe réactivait une problématique imagoïque, des fantasmes originaires.

"Le groupe est la réactualisation d'un mythe,

mythe de l'arche de Noé selon G. et P. LEMOINE qui y voient le fantasme d'un recommencement après le chaos du déluge ; le groupe devient l'abri contre un monde extérieur méchant, dangereux, mortifère en éclatement perpétuel. Abri et monde ennemi sont deux mythes complémentaires : la bonne et la mauvaise mère en langage Kleinien. Mais le groupe est surtout un mythe sur les origines. C'est en ce sens qu'il convient finalement de l'analyser. Il met en scène une "réalité psychique" plus archaïque que la parole : la réalité des gestes, des actes et des sentiments non verbalisés, prélude à toute symbolisation".

LAXENAIRE

Ainsi va se manifester de façon privilégiée le désir fusionnel, la recherche d'une symbiose parfaite comme les tentatives de se prévenir d'un envahissement destructeur en essayant d'asservir ces représentations archaïques.

II

Il y a toujours quelque danger à généraliser, à tirer des conclusions trop hâtives à partir d'observations multiples. Ainsi décrire comment les patients ont utilisé le groupe et tenter d'en donner un sens est une ambitieuse entreprise. Chaque cas est en effet original et nécessiterait un développement.

Aussi nous sommes nous attachés à ce qui est apparu prévalent et comme la "toile de fond" des conduites des participants par rapport aux réunions au cours de l'année.

La constatation d'une sorte de jeu d'attraction-répulsion, que ce soit par la fréquence (ou la séquence) de leur participation comme les relations qui se développent pendant les séances, nous ont évoqué le "jeu de la bobine" décrit d'abord par FREUD à la suite de l'observation d'un enfant.

1°) Le jeu de la bobine :

On sait l'interprétation que FREUD donne de ce jeu dans "Au delà du Principe du plaisir", mise en scène avec une bobine et une ficelle de la problématique de la séparation d'avec la mère.

Ces travaux de M. KLEIN et de WINNICOT ont permis d'enrichir l'interprétation de ce jeu de l'enfant.

Ce jeu s'impose à lui pour contrôler un mouvement dont il ne serait pas l'instigateur, pour éviter d'être joué par la présence-absence de la mère qui lui apparaît comme une séduction sadique, marionnette vivante d'un désir dont la mère est le sujet.

"Lorsque la mère quitte l'enfant, il a le sentiment d'avoir perdu non seulement une personne réelle, mais aussi la contre-partie qu'il a dans son esprit, car la mère dans le monde extérieur et la mère dans le monde intérieur sont encore très étroitement liées dans l'esprit de l'enfant et sont plus ou moins interdépendantes. La perte de la mère intérieure, qui a acquis pour l'enfant la valeur d'une source intérieure d'amour et de protection, celle de la vie même, renforce beaucoup la menace de la perte de la vraie mère".

(WINNICOT)

Car la perte de la mère intérieure, bon objet interne n'est pas une absence, elle est dangereuse parce qu'elle laisse, des représentations terrifiantes, persécutrices et destructrices, comme pour tenir captif.

Ce qui est rejeté avec la bobine c'est la mère introjectée et la faire réapparaître c'est constater qu'elle n'a pas été détruite.

Ce que l'enfant met en jeu c'est une tentative de maîtrise, par lui-même, de la dialectique de ses objets internes par rapport aux objets externes. En ce sens le jeu apparaît comme un processus de catégorisation d'un monde intérieur, d'un espace du dedans par rapport à un espace du dehors.

Le psychotique lui aussi a des difficultés à catégoriser l'espace, il "essaie de supprimer la séparation en se spatialisant à l'intérieur du corps de l'autre et du même coup perd son rythme propre et son identité"

S. RESNIK

Dans sa fuite de l'objet originel, mais parasité par lui, toute relation interpersonnelle est la réactualisation d'une menace de son identité, du risque d'être dissous par une proximité dangereuse. Il ne peut aménager une zone de sécurité entre les objets et lui.

Dans sa confrontation avec le groupe il en est de même. Celui-ci offre une surface projective appropriée au déploiement de relations d'objets archaïques.

Avidité affective ou rejet agressif, dépendance, attaque et fuite sont la traduction de cette séduction "maternelle".

Du groupe, des soignants, les patients se vivent d'abord agis, manipulés, séduits. Les réunions, dans un mouvement de va et vient, de disparition et d'apparition d'une semaine à l'autre se présentent à eux comme une source d'excitation menaçante, mauvais objet persécutoire à rejeter ou à détruire, ou bon objet idéalisé à habiter, éveillant

les désirs incestueux ou mortifères, un "impensable" de toute façon.

2°) En deça du jeu

Cette situation devient insupportable pour certains patients et il y a tout lieu de penser qu'incapables par eux-mêmes de mettre en place un système de contrôle, ils préféreront fuir. C'est une des limites d'un groupe de ce type et il semble bien en particulier que lors d'une rechute ou d'une crise aigue, les patients aient préféré se "tenir au loin".

Il nous a paru important de respecter ces mécanismes de contrôle et si nous essayons parfois de leur donner un sens, il est tout aussi capital qu'ils puissent si développer dans les limites de nos propres tolérances. Accepter donc que la présence aux réunions puisse être suffisamment dangereuse pour s'y absenter veut dire parallèlement que nous ne soyons pas "endommagés" dans notre fonctionnement.

Ainsi Mr Der... après avoir participé un temps au groupe s'est sauvé et n'a pas voulu revenir. Hospitalisé depuis de nombreuses années, il n'a que peu de relations avec les soignants. Nous avons été étonné de sa "présence" au groupe même s'il ne parlait pas beaucoup, lui si lointain et fuyant lorsque nous l'avions connu dans le service. Mais à mesure que se déroulaient les réunions, illui a manifestement été impossible de pouvoir contrôler les

émotions et angoisses qu'il pouvait éprouver. Par hasard nous l'avons rencontré dans son unité de soins, lors d'une garde, il s'est enfui à notre approche, terrifié....

Mr Bar... est venu lui, 5 ou 6 fois aux réunions du mercredi... avec beaucoup d'hésitation au moment du départ de l'hôpital (l'infirmière qui a souvent accompagné des patients de l'hôpital au dispensaire a noté souvent ces hésitations, ces manifestations ambivalentes au moment du départ). Pendant la séance, son angoisse est intense, ses propos dissociés en écholalie à ceux des autres participants ou alors il parle tout seul, élevant le ton quand le bruit semble augmenter autour de lui comme si les sons lui faisaient mal. Il change souvent de place, comme pour se mettre dans des espaces moins dangereux qu'il peut maîtriser du regard ou alors se réfugie dans un coin de la pièce replié sur lui, et se protégeant les yeux comme aveuglé. De ce refuge, quelquefois il peut lancer des mots-projectiles violents aux personnes réunies. Ou alors il sort dans le couloir pour réapparaître aussitôt avec des invectives.

Faut-il y voir un essai de contrôle ? C'est comme si la réunion avec l'envie et la haine qu'elle suscite était rejetée mais une fois disparue surviendrait quelque chose de beaucoup plus dangereux et inquiétant, une "non chose" (BION). Le retour dans le groupe serait tenté de maîtriser ce "négatif menaçant" en faisant revenir l'objet... mais celui-ci se révèle alors insuffisant à apporter des gratifications. Il est alors à nouveau objet de haine et

à nouveau rejeté. Ainsi de suite...

Un jour il ne voudra plus revenir. Nous le voyons depuis souvent dans le foyer où il loge. Son comportement est identique dans la salle principale quand il se trouve avec les autres pensionnaires. Si lors d'un entretien il lui arrive d'évoquer le groupe, c'est comme si nous nous transformions subitement, il nous regarde avec terreur et se sauve rapidement. Dernièrement nous l'avons vu lors d'une crise clastique (vu les réparations dans le foyer il a cru que tout s'effondrait) et il nous a demandé si les réunions existaient toujours et s'il pouvait y revenir.

Mr Meil... est venu 2 fois avec son amie. Son discours d'emblée paranoïaque et agressif visait à se défendre ainsi que sa compagne qui elle s'abandonnait, dépendante. Menacé du clivage d'une "unité duelle" il est parti, emmenant de force son amie. Lorsqu'il nous voit il se détourne et dernièrement il a même nié avoir participé aux réunions (notre impression est que cela avait été "gommé").

3°) Contrôle et manipulation

Pour les autres participants cela va être la tentative de maîtrise et de contrôle magique visant pour ainsi dire à domestiquer dans l'omnipotence des représentations dangereuses.

La possibilité laissée à ces "clients" du

groupe de "doser" leur présence comme leur temps de participation, leur sert à exercer ce pouvoir de contrôle avec des agis leur permettant de façonner les réunions à leur guise, les abîmer en y venant exercer leur sadisme, les rejeter en s'absentant, les séduire aussi en essayant de se conformer aux désirs de ceux qui y participent (et essentiellement des animateurs).

Tous les patients ont exercé par leur présence-absence, apparition-disparition, discours, silence ou passages à l'acte cette manipulation corrélative de l'angoisse d'être manipulés, transformés ou détruits.

"Le fait de rejeter un objet, de façon à le faire disparaître pourrait servir à la satisfaction d'une impulsion de vengeance à l'égard de la mère".

FREUD

Manipulation pouvant se faire à distance, tel pour Mr PIR... venu à 2 ou 3 reprises surtout pour nous parler de ses difficultés par rapport au travail. Les autres participants s'emparent de son problème, le dissèquent... Un jour il part brusquement avant la fin de la séance sans que personne puisse se douter pourquoi. Plus tard il nous expliquera qu'ayant toute sa paye du mois dans ses poches, il a eu peur d'être attaqué et volé à la sortie de la réunion par les autres participants. Il reviendra de temps à autre

en début ou fin de séance... et on lui parlera de son travail. Il rencontre aussi souvent ailleurs quelques participants et s'entretient avec eux... du groupe. Ceux-ci parlent de lui pendant les séances, et même peut-on dire qu'il nous parle par interposition. S'il vient c'est pour "voir si c'est comme avant" ou dire "qu'il est content de nous voir". Un jour il est venu, inquiet et il est reparti aussitôt, soulagé, il avait eu peur que le "groupe n'existe plus".

Mr Burl... lui, tente de contrôler le groupe de l'intérieur. Il vise à l'asservir, à se l'approprier. Régulier, ponctuel dans sa présence il envahit par son discours (d'autres envahissent par le silence). Avec avidité il va tenter d'être le seul et d'exclure les autres en s'incorporant le groupe. Intolérant il va essayer d'imposer des relations désaffectisées. S'il ne vient pas c'est dans un but précis, annoncé à l'avance, pour mettre à l'épreuve ou se venger aussi... Rien ne le met tant en danger que quand quelque chose lui échappe, qu'il ne peut comprendre...

Mr Tor... lui dans une attitude seigneuriale parle surtout par maximes ou proverbes. Il est le SAGE, l'historien qui se souvient très précisément de tout ce qu'il s'est passé. Mis en danger il se retranche dans un silence dédaigneux ou un discours délirant (qui est toujours impressionnant par sa pertinence et sa logique) pour dire "ce qu'il a à dire" et comme nous le soulignons un jour "ça fait mal et même quelquefois, ça fait peur".

Ces quelques exemples, trop peu détaillés (mais il est difficile de traduire un vécu et d'énumérer une longue liste de comportements) ne sont pas exclusifs : tous les patients répètent d'une façon ou de l'autre dans le temps et l'espace du groupe comme autour de lui ces manipulations dont les "agis" scandent l'histoire, "coups de baguette magique", souvent répétitifs, les mêmes.

Car cette manipulation vise aussi (et surtout) les animateurs pendant les séances, risquant bien de nous enfermer nous-mêmes dans un cycle de manipulation inconsciente. On peut dire que c'est comme une tentative de ligotage (comme avec des ficelles) de nos propres fonctions psychiques, le fonctionnement projectif risquant bien de paralyser notre parole, nos pensées, notre élaboration.

Si incapables de "métaboliser" ce dont les patients placent en nous, comme de repérer dans nos sentiments, nos vécus, nos hypothèses, notre propre position contretransférentielle, nous risquons bien, dans ce télescope inter-fantasmatique de devenir possessifs, agressifs, destructeurs.

La conséquence en est l'exercice de réactions de représailles qui peuvent prendre mille formes, et au maximum de s'enfermer dans une "relation symbiotique, close, éternelle".

Pour le patient le danger en est que la réalité (la réponse du groupe et des animateurs) devienne bien conforme à ses fantasmes. Nous pouvons devenir alors objet destructeur, non seulement comme objet externe mais comme objet interne laissant le patient dans l'impossibilité de "travailler" à s'aménager un espace intérieur suffisamment stable et relativement distinct du monde extérieur.

Le groupe objet partiel anal

- La fonction de la réunion comme espace de dépôtoir ; "sein-toilette" capable d'entasser des choses mauvaises est manifeste. Ici "c'est de la merde"... Ici peut s'expulser massivement ce qui est mauvais, dangereux, ce que l'on veut détruire.

Ceci est particulièrement net à l'arrivée de nouveaux patients où il se passe comme une sorte de vidange d'un monde intérieur empoisonné, intoxiqué. C'est comme si le groupe proposait un lavement évacuateur, celui-ci étant vécu dans l'an-goisse (vidange forcée) ou au contraire dans le sens d'une excitation érogène.

Mr Kou... vient pour la première fois. Il se présente ou plutôt présente sa main (absente, car il est porteur d'une prothèse). Il veut enlever cette carapace orthopédique que lui ont imposé les autres pour nous montrer à tous l'innommable, ce que l'on ne peut voir, son manque fondamental. Il va,

pendant toute la séance se débarrasser à jet continu de toutes ses pensées, ses problèmes concernant sa famille, son enfance, le travail... sa maladie et ses hallucinations et il peut dire qu'ici "il n'entend plus rien". Vers la fin il pourra dire "qu'il va mieux", ayant envie "de payer un café" aux participants, mais aussitôt ajouter "qu'il est vidé" et il sera alors comme "absent", avec des gestes et des attitudes mécaniques.

Les autres participants vont se sentir détruits, envahis et la semaine suivante (il est absent) ils exprimeront le fait d'avoir été "souillés", salis. L'un d'entre eux, en réagissant violemment va se proposer de le renvoyer s'il revient, ne supportant pas "d'être emmerdé de la sorte".

- Pour d'autres patients, c'est l'angoisse d'être dépossédé, vidé, angoisse spécifique anale qui est au premier rang. Une lente évolution au cours de l'année va leur permettre d'acquérir une maîtrise et ils pourront se permettre de vivre une séduction passive (passivité anale).

La situation du groupe est alors domestiquée et ils peuvent le contrôler suffisamment pour qu'elle soit moins dangereuse.

Les interventions faites à leur égard sont alors mieux tolérées, leur propre production prend la valeur d'un échange, d'un "matériel" donné ou refusé à une véritable communication.

Etre "forcé de parler ou de se taire" ou "se forcer à parler ou se forcer à se taire", termes revenant souvent sous différentes formes traduit bien cet investissement pulsionnel de la parole, non seulement comme aliment mais aussi comme excrément.

La parole, le discours des patients peuvent être alors comme un "petit cadeau", aliment ou caca, donné ou refusé aux autres et en particulier aux animateurs.

Les conduites sado-masochiques dans leurs composantes agressives ou érotiques se manifestent d'abord dans la relation aux soignants mais elles se dramatisent dans le groupe en des clans opposés.

Un participant ou quelques patients entre eux assument un rôle actif et sadique, les autres se retranchant dans la passivité, ces groupes opposés peuvent d'ailleurs s'intervertir.

"Tu es emmerdant" va répéter inlassablement une patiente à l'égard de Mr Bur..., en s'y complaisant ;

"Tu es trop fort pour nous" pourra-t-elle lui dire plus tard, subjuguée, lui permettant d'assumer une position phallique.

Il est important de remarquer que ces couples d'opposés actualisés dans le groupe et dont les effets se manifestent également entre animateurs vont aider le travail d'interprétation.

Dans cet objet-groupe fonctionnel intermédiaire, objet anal ressenti comme désiré des fondateurs du groupe, les patients peuvent trouver un repère identificatoire et un sentiment de surestimation narcissique en le contrôlant et le manipulant. Ils peuvent par là acquérir une meilleure maîtrise de leurs objets internes et externes.

4°) A la quête d'un "Holding"

A quoi vise cette manipulation ? A éprouver l'amour et la résistance de l'objet, objet groupe, animateurs, et leur capacité de contenir ce qui est projeté en eux. Elle ne fait qu'exprimer la dépendance, la crainte d'être lâché brutalement, séparé, abandonné.

Tirer sur la ficelle, c'est bien constater que l'autre est au bout du fil qu'il tient toujours bien, après l'avoir fait magiquement disparaître.

Ce risque d'être lâché brutalement s'est toujours exprimé de façon manifeste ou métaphorique par la bouche de l'un ou l'autre des participants lorsqu'il y a des absents, en particulier des animateurs, à l'approche des vacances ou des fêtes. Notons en passant ce moment alors privilégié de l'interprétation, de la séparation et de la dépendance. Des questions apparaissent de temps à autre :

"Serez-vous là l'an prochain ?", "Est-ce que les réunions vont continuer ?", "Ne comptez-vous pas vous arrêter un jour ?" etc...

Questions où l'on doit entendre :

"Est-ce que votre présence, vos réunions seront bien interminables".

Il est d'ailleurs frappant de constater un redoublement de processus envieux et de la haine, quand semble se justifier dans la réalité un désintérêt ou un relâchement des animateurs (fatigue en fin de journée, distraction, absence, approche des fêtes ou des vacances etc).

"La haine représente la perpétuation de la dépendance inconditionnelle à l'égard de l'amour primaire, à la seule différence que son signe est devenu négatif".

La fonction essentielle des thérapeutes semble bien être de survivre à la destruction fantasmatique que les patients leur font subir, comme leur aptitude à se laisser jouer. Survivre doit s'entendre dans la réalité bien sûr, à savoir la présence régulière des animateurs, la perpétuation inconditionnelle des réunions et du travail entrepris. Mais survivre c'est aussi la possibilité de rester vivant, de contenir angoisses et projections tout en rendant quelque chose dans l'ordre de la vie (de vital) du devenir, du changement.

Ce qui signifie entre autre que nous ne soyons pas qu'un contenant vide, sein poubelle où s'entasseraient des choses bonnes ou mauvaises, pur réceptacle passif mais que l'on puisse avoir une activité (et vitalité) importante de purification et de détoxification pour rendre aux patients ce qui leur est nécessaire et qui leur appartient. Ainsi est situé le concept de "mutualité" (Bettelheim) qui suppose à l'interlocuteur une réponse appropriée à l'expression d'affects primordiaux. Cette réponse, ce sont nos réactions, affects souvent exprimés de façon irrésistible, notre parole et nos interprétations, quelquefois même nos actes.

La découverte d'une certitude du maintien est le temps nécessaire pour que les patients puissent acquérir une "confiance de base" qui suppose "qu'ils peuvent s'en remettre à la figure maternelle et aux éléments du milieu environnant".

Ce ne sont pas en effet nos entreprises de réassurance (vouloir être toujours bon et adhérer à l'idéal que nous proposent les malades, mythe de la "mère toute bonne" auquel facilement nous pouvons adhérer) qui sont propres à fonder cette confiance ; pas plus que nos interventions ou nos interprétations...

L'expérience de cet "amour primaire" va de pair avec le processus graduel d'intériorisation d'un bon objet suffisamment stable dont l'assurance que

les objets détruits sont utilisables, toujours là.

5°) De la manipulation à l'illusion

Car avec le temps, par la répétition de cette manipulation le patient découvre l'illusion du contrôle omnipotent tant de ses objets internes que des objets externes. En d'autres termes il fait apparaître le groupe lorsqu'il s'y rend (plus exactement les représentations qu'il induit) les faisant disparaître s'il s'en va. De même les soignants deviendront suivant le jour amis, ennemis, thérapeutes ou rien du tout, niés et inexistants.

Aussi avons nous souvent observé cette jubilation, ce triomphe lors de l'arrivée de certains patients dans le groupe ou après l'avoir rejeté, leur donnant une impression de vitalité nouvelle (jubilation du fort-da).

Par la répétition se crée une dysjonction, une rupture, qui engagent le développement de l'illusion et crée un espace intermédiaire où le jeu peut advenir, le "playing" (substantiel soulignant un processus), "espace potentiel" que définit WINNICOT "opposé au monde du dedans et à la réalité existante ou du dehors". C'est donc à l'instauration d'un "espace-transitionnel" que nous sommes renvoyés.

Les participants se donnent un objet transitionnel commun (le groupe), qui est pour chacun à la fois réalité extérieure et substitut ou mieux "simulacre du sein".

"Les objets et les phénomènes transitionnels appartiennent au domaine de l'illusion qui est la base de l'instauration de l'expérience. Ce stade primitif du développement est rendu possible par l'aptitude particulière que possède la mère de s'adapter aux besoins de son enfant, permettant de la sorte à celui-ci d'avoir l'illusion que ce qu'il crée existe réellement.

Cette zone intermédiaire de l'expérience, pour laquelle ne se pose pas la question de savoir si elle appartient à la réalité intérieure ou extérieure (partagée) constitue la période la plus importante de l'expérience infantile".

WINNICOT

Pour la relation entre thérapeutes et malades cette zone intermédiaire représente une transition entre l'expérience fusionnelle et une relation plus authentique. "Ce n'est naturellement pas l'objet qui est transitionnel. L'objet représente la transition du nourrisson d'un état de fusion avec la mère à un état de relation avec la mère comme quelque chose d'extérieur et de séparé". WINNICOT. Cet espace transitionnel est la juste distance où peut s'échanger et s'élaborer quelque chose dont on ne pourra jamais dire à qui cela appartient, un inter-prêt.

Dans cette instauration (ou restauration) de l'espace d'illusion les soignants sont alors objets subjectifs, seulement sur la voie d'être placés dans le monde extérieur, sans que l'on puisse

affirmer qu'ils ne le soient vraiment.

Aussi faut il insister sur la fragilité de cet espace d'illusion (tout au moins tel que nous l'avons remarqué par notre expérience). Un changement d'horaire, de lieu, de jour, l'absence de patients, ou surtout de soignants, l'arrivée d'un nouveau, semblent provoquer tout le temps une rupture de cette aire d'illusion comme une brusque brisure dans le corps environnant de la mère. Car dans un groupe la frustration est inévitable et les soignants sont aussi là pour ménager le désillusionnement et permettre la reconnaissance de la réalité.

Ni interne, ni externe cette zone intermédiaire n'est plus sous le contrôle tout puissant des patients. Le groupe (et le soignant) a été construit, malaxé, cassé mais il est toujours là ; tel un château de sable, il se fait, se défait, se refait, mais il reste toujours de sable.

"Le sujet dit à l'objet - je t'ai détruit - et l'objet est là qui reçoit cette communication. A partir de là le sujet dit : - Hé l'objet je t'ai détruit - je t'aime tu comptes pour moi puisque tu survivs à ma destruction de toi - Puisque je t'aime je te détruis tout le temps dans mon fantasme (inconscient).

Ici s'inaugure le fantasme chez l'individu. Le sujet peut maintenant utiliser l'objet qui a survécu".

WINNICOT

6°) - Le jeu de la bobine c'est aussi la tentative de maitrise d'une fantasmatisation autonome.

Il se dégage pour les patients, grâce à la construction transitionnelle du groupe, un processus de catégorisation d'un espace imaginaire autonome où leurs fantasmes schizo-paranoïdes pourront se jouer, sans se réaliser, sans détruire.

A cet espace participent les soignants, dont les liens, les fantasmes, la problématique sont le lieu où va venir se greffer l'activité fantasmatique des patients. Groupe fondateur, originaire, proto-groupe organisateur.

"Le fantasme de scène primitive constitue le prototype du groupe primordial : la situation de groupe mobilise électivement un tel fantasme comme structure de mise en scène et de représentation de l'origine du premier groupe humain issu du couple originateur. Un tel fantasme est à considérer "comme l'organisation la plus générale et la plus concentrée du fantasme". G. ROSOLATO 1963 ; il recouvre comme l'écrit J. MAC DOUGALL (1972) "l'ensemble des fantasmes inconscients concernant la relation sexuelle et la mythologie personnelles de chacun en ce qui concerne les imagos parentales".

P. KAFK

Parce que peu à peu et grâce à l'équipe soignante peuvent être "métabolisées" les projections

des patients, nous pouvons dire qu'il se crée une aire d'élaboration, l'accès à des représentations dans un langage primordial, métaphorique où l'humour n'est pas exclu, traduction de cette ébauche de symbolisation. La séquence des réunions fonctionne alors comme un rituel, signifiant que ce qui fait problème a déjà été dit, que le groupe a pu maîtriser et calmer des angoisses archaïques.

Le discours peut se "dé-psychotiser" et les mots devenir une "vraie parole", que l'on peut élaborer, penser. Il est étonnant de constater qu'il se passe parfois comme une découverte maniaque des possibilités offertes par le langage, une sorte d'exploration où des sens multiples apparaissent par le heurt des mots et de leur signification.

Dans une sorte de jeu où se reconnaît le processus primaire (déplacement) peut s'explorer ainsi la complexité des phénomènes transférentiels. Les sens apparus sont en général repris d'une façon plus élaborée tout de suite ou le plus souvent les séances suivantes.

"En psychothérapie à qui a-t-on affaire ? A des personnes en train de jouer ensemble. Le corollaire sera donc que là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de faire."

WINNICOT

Les soignants et le groupe

Il est difficile de cerner le "travail" que peut faire un soignant dans un groupe, à plus forte raison, une équipe de soignants.

Nous allons résumer 3 points qui ont été les jalons de notre cheminement, 3 temps où s'est précisé aussi notre projet, où s'est sensiblement modifié notre mode de fonctionnement.

1er TEMPS

Nous avons déjà présenté le vague projet de groupe au moment de sa création "groupe de rencontre" constitué au départ autour de quelques soignants, en soulignant qu'aucun consensus et qu'aucune règle de fonctionnement n'en situaient le cadre (si ce n'est que les réunions auraient lieu toutes les semaines entre 17 H et 19 H, réunions où l'on pourrait parler et même avoir des activités). Donc absence de cadre conceptuel, comme de modèle référent et ceci bien qu'ayant été nous-même participant ou moniteur dans d'autres groupes conduits par ailleurs.

Signalons alors notre méfiance de se placer dans un registre interprétatif.

- Dans le cadre flou de ces réunions hebdomadaires, avec des collègues que nous connaissions peu, des patients inconnus pour la plupart, envoyés ici par d'autres (pour quels motifs ? Dans quels buts ?) Qu'interpréter ? A qui, pour qui et comment ? En

d'autres termes nous nous demandions si une telle réunion était le lieu où puisse s'exercer, s'entendre et s'accepter une activité interprétatrice.

- D'autres raisons encore nous rendaient méfiants. Notre pratique nous a montré le danger de l'interprétation avec le psychotique, parce que celui-ci fascine, parce que son discours est souvent porteur d'un "non sens" ou d'un "trop de sens", son interlocuteur, surtout s'il se veut porteur d'une intention thérapeutique est profondément interpellé. Quand chez lui s'ébauche alors un sens, une certaine "compréhension", il a souvent hâte de la communiquer à son patient, voire sollicité par son angoisse de s'en débarrasser au plus vite (Acting-hâte) sans s'être demandé si c'était recevable, sans savoir même parfois qui parlait et à qui ça s'adressait.

Le psychotique reçoit l'interprétation comme une intrusion intolérable, comme une lecture de ses propres pensées, ceci d'autant plus qu'elle est juste, message sidérant qui, renouvelé, le ferme à sa propre parole. Nous pensons qu'un certain travail doit déjà être fait pour qu'un tel patient puisse accepter "une interprétation comme une hypothèse et non comme un diktat" HOCHMANN.

De toute façon tout ce qui est donné au psychotique, et même notre interprétation devient manifestement le lieu de ses fantasmes destructifs.

- Nous parlons d'interprétation mais souvent en fait n'est-ce pas un nouveau discours utilisé par le soignant pour parler au soigné, justification de sa parole et de son discours. Abus de langage, déformation de concepts, nouveau langage qui prête à sourire parfois mais qui participe plus à du terrorisme.

A l'hôpital dans ses moindres gestes, le patient est "interprété". Or le même risque majeur peut se retrouver, voire s'amplifier en situation de groupe (à part le fait que ces 2 heures dans la semaine sont très partielles dans sa vie).

Risque d'interprétation totalitaire où ses propos, ses gestes les plus anodins peuvent être sauvagement traduits par les thérapeutes s'ils n'y prennent garde, par les patients eux-mêmes participant à ces "mise à nu".

- La toute puissance imaginaire de l'interprétation : C'est peut être plus sa toute puissance imaginaire invoquée qui explique aussi notre méfiance. Et cela renvoie à nos propres désirs d'être interprété-interprétant. Cela nous rappelle nos premiers contacts à un groupe (de Formation) où nos désirs étaient plus de voir comment il (Il) interprète ou comment ils sont interprétés. Et participer à des séances de groupe comme animateur, n'est-ce pas aussi quelque part développer ses capacités à ... interpréter ? Il est non moins vrai que notre méfiance portait moins sur son principe que sur le risque d'une utilisation sauvage et malencontreuse...

Cependant même en se présentant avec de vagues projets une question peut se formuler, et toujours réactualisée en pratique :

Si en effet nous avons décidé d'être là dans ce groupe avec des patients, d'y rester et éventuellement d'y parler alors comment le faire ?

2ème TEMPS

C'est la découverte de la nécessité d'un travail d'interprétation, travail nécessaire à amorcer un processus de changement.

Notre investissement des produits (et processus) psychiques, d'un "ailleurs", d'une "autre scène", et notre attente à l'égard des participants est garante de notre contre-transfert et conditionne le développement du transfert . Elle nous promeut "réceptacle de l'objet du manque et objet du transfert dont la parole est le signifiant" GORI.

- Pour quels motifs inavouables sommes-nous là... pour entendre ce que ça veut dire et éventuellement le restituer aux patients"?

Mais les phénomènes au groupe sont complexes, intriqués et nos tentatives de les comprendre et de restituer au groupe les éléments de sa dynamique comme aux participants ce que nous avons entendu, n'ont pas toujours été très satisfaisants. Inexpérience probablement. Mais encore découverte que l'interprétation n'est pas un but en soi, qu'elle n'est qu'un moyen, pas toujours possible, dans le cadre d'un processus de

soin qui se développe dans le groupe.

3ème TEMPS

Ayant relativisé et mieux situé ce travail d'interprétation dans le cadre du groupe, la fonction soignante nous est apparue plus comme ayant une activité de contenance et d'élaboration des projections, fantasmes... qui se négocient dans cet espace, une sorte de travail "d'assainissement" de ce qu'il se joue entre les patients et nous-même pendant les séances.

Plutôt que d'organiser un discours théorique sur notre travail entrepris, nous essaierons de traduire par une réflexion qui en soulignera quelques aspects, le processus de soin mis en oeuvre avec ses difficultés, dans un groupe en devenir.

I - COMPRENDRE - ENTENDRE

Comprendre est une louable intention de la part des animateurs se plaçant dans la position de ceux qui, par leurs statuts, auraient des capacités particulières à comprendre, ils pourraient ensuite expliquer aux participants ce qu'ils ont compris grâce à leurs qualités de pédagogue. Grâce à une bonne

observation, une bonne technique, bien comprendre pour ensuite bien expliquer peut être l'option d'animateurs, dans une visée psycho-pédagogique. Si nous critiquons cette orientation, il est cependant évident que nous avons été confrontés à cette dimension pédagogique.

(Nous avons vu entre autre comment dans la première partie de ce travail elle trouvait sa justification par la mobilisation dynamique chez les animateurs d'une fonction surmoïque".

Le groupe objet d'étude et de savoir

- Comme pour des patients qui seraient venus apprendre (!), nous pouvons également faire ici des observations qui nous permettraient nous aussi de mieux comprendre les patients dans un espace d'observation supplémentaire, d'où les informations seraient renvoyées à l'organe centralisateur (thérapeute individuel - Hôpital...). Que penser alors d'un tel travail de secteur, dont on a dénoncé souvent le risque totalitaire et le pouvoir technocratique ?

- Personnellement nous avons été gêné après avoir décidé d'écrire un travail sur ce groupe... En plus d'une certaine culpabilité, le fait de bien comprendre, décrire, recueillir du matériel... modifiait profondément notre écoute. Quand il nous arrive de prendre des notes après une séance, elles s'apparentent plus à des matériaux d'un rêve qu'à la description de faits observables...

Le comprendre renvoie de toute façon directement à un savoir sur les participants. Or ce savoir là (s'il existe) aboutit à interioriser un pouvoir qui même non explicite, rendrait toute tentative interprétative inopérente. Nous avons remarqué quelquefois en quoi le savoir sur un participant bloquait notre écoute, nous empêchant même d'entrer en contact avec lui...

Ce savoir est bien sûr différent du savoir qui est lié à la fonction que l'on a, qu'on ne peut ni réfuter, ni accepter mais dont on est bien obligé de l'assumer, sans lui donner un objet.

- La "compulsion de nettoyage"

. Le "comprendre à tout prix" est particulièrement stimulé dans l'espace-clos du groupe. Désir du soignant de ne laisser passer aucun signe... l'animateur peut devenir comme le paranoïaque pour qui tout est interprétable.

"Ils attribuent la plus grande signification aux petits détails que nous négligeons d'ordinaire dans le comportement d'autrui ; ils interprètent à fond (ausdeuten) et ils en tirent des conclusions de grande portée. Dans leurs interprétations du comportement d'autrui, les paranoïaques font souvent preuve d'une plus grande pénétration que le sujet normal. La lucidité dont le paranoïaque fait preuve envers autrui a pour contrepartie une méconnaissance foncière de son propre inconscient" FREUD.

. Soit que notre trop grande rigidité favorise l'observation froide et lucide, la classification, l'intellectualisation par une mise à distance défensive, soit qu'au contraire trop perméables aux fantasmes nous sentions le risque d'être agis par eux, la compréhension est là et l'on se raccroche quelquefois à elle, comme dans une mer déchaînée le marin à sa rembarde, devant l'apparition de forces aveugles et incontrôlées, de processus inconscients qui s'imposent par devers tous...

. Mais ces attitudes défensives visant à une compréhension totale pour évacuer ou étouffer l'angoisse ne traduisent-elles pas notre propre aliénation au modèle médical et psychiatrique ?...

. Ainsi à la découverte, et cherchant à le saisir, d'un "sens unique" qui se dévoilerait pour les participants, on risque de se perdre, ou plutôt de se retrouver... tout seul. Car dans cette écoute, orientée, sélective, on n'entend plus rien et bientôt plus rien ne se fera entendre.

"Toute puissance de la "pensée compréhensive", qu'elle soit empathie ou sympathie, elle est magie obsessionnelle, compulsion de nettoyage d'un inconscient de rechange, évitement des problèmes, distanciation, isolation de situations concrètes. La compréhension apparaît alors comme un rituel décupabilisant qui masque un désarroi nécessaire. Elle est de l'ordre du bavardage intra-mondain et

délimite un champ qui n'a plus rien d'analytique."

J. OURV

Placés dans une relation duelle imaginaire par le "face à face pluriel groupal" nous pouvons être comme la mère qui cherche à comprendre son enfant.

"Peu importe qu'elle le comprenne plus ou moins la question est plutôt de savoir si elle réagit à ses angoisses par ses propres angoisses. Auquel cas tout intervalle facilitant l'échange est aussitôt détruit. Ou encore elle peut chercher à étouffer aussitôt les angoisses de l'enfant parce qu'elles lui sont, à elle, insupportables. Elle remplit ou entasse de telle sorte que le cri n'ait plus sa place. Ou encore elle se fait le contenant mort (déprimé) des angoisses de l'enfant. Elle encaisse, absorbe et finit par s'étouffer elle même c'est-à-dire se déprimer. Dans ce cas elle apparaît consciemment adaptée à sa tâche mais quelque chose en elle a cessé de vivre et l'enfant n'en reçoit plus rien. Ces situations exemplaires font apparaître toute l'ambiguïté du comprendre et notamment sa vocation cannibalique"

FEDIDA

"Je vous ai compris" : ce sentiment d'adéquation que l'on peut éprouver lors de certaines séances envers le groupe ou un participant est quelque chose d'assez fréquent. Nous y voyons une manifestation du contre-transfert, position de leurre d'où l'on doit

nouvoir se dégager, séduction mutuelle le plus souvent dont il s'agit rapidement de saisir le sens.

Cependant plus profondément, à certains moments, dans une relation symbiotique et indifférenciée, où participe le thérapeute comme le patient, nous pouvons éprouver un sentiment de communion, "sensation de contentement océanique" SEARLES, qui se passe de mot, comme si notre corps vibrait au rythme du patient, sensation de bien être ou aussi menace sévère d'envahissement de nous mêmes d'une anxiété ou d'une haine dont on ne peut pas dire de quel corps elle provient.

Faudrait-il ne rien comprendre ?

BION dans un ouvrage étonnant et quelque peu ardu (l'Attention et l'Interprétation) affirme que la capacité d'oublier, la possibilité d'éviter le désir et la compréhension doivent être considérés comme discipline essentielle par le psychanalyste."

Par discipline et en étayant ses propos par des exemples, il entend des mécanismes conscients de lutte et un entraînement progressif contre la remémoration, les souvenirs qui encombrant, les désirs qui étouffent, le savoir qui paralyse.

"En fait il m'a fallu un temps très long pour me convaincre de la nécessité de me dépouiller de souvenirs et de désirs et il m'a fallu plus de temps encore

pour mesurer le vice introduit dans l'observation par le besoin de comprendre".

Mais il nous est apparu que considérer chaque séance comme nouvelle en gommant le passé avait plus la fonction défensive d'un mécanisme obsessionnel d'annulation rétro-active - (ce que nous avons en commun n'a jamais existé, on efface tout et on recommence !)

C'est bien là le risque de rechercher une consolité linéaire entre différents éléments perçus afin d'enrichir une meilleure compréhension. "Je pense que je comprends mieux depuis que Mr BUR... la semaine dernière....."

FEDIDA souligne que "c'est bien de trop de compréhension que souffre le psychanalyste débutant", et le désir urgent de mettre des liens de partout pour avoir une vision plus claire.

Si effectivement nous pouvons remarquer qu'un savoir sur le groupe ou un participant représentait une gêne pouvant aller jusqu'à bloquer l'expérience relationnelle et l'écoute, la recherche d'une meilleure compréhension est cependant souhaitable.

. Elle représente d'abord une certaine sécurité pour les animateurs. Lutte contre l'angoisse, le "comprendre" est aussi un certain garant de la poursuite d'une collaboration - Le partage de ce

que l'on a compris fait d'ailleurs apparaître les divergences et c'est une sécurité pour échapper à l'emprise d'un savoir totalitaire. Cela, permet enfin d'éviter une totale confusion , une incohérence qui ne feraient que renforcer le désarroi des participants.

Essayer de comprendre ou de théoriser peut être d'ailleurs comme un point d'ancrage des processus secondaires, évitant la dérive complète, et un fonctionnement psychotique. Encore faut-il pouvoir alors utiliser, le savoir, la théorie, la théorisation comme repères et non comme repaire .

Même les réunions que nous avons eues "pour nous aider à mieux comprendre" peuvent prendre l'allure de collectes d'informations, de vécus qui auraient pour but d'organiser un savoir qui n'a rien de thérapeutique. Ou alors une sorte d'exorcisme et d'étouffement d'angoisses mobilisées par la séance ; plus difficilement une élaboration constructive. On y voit apparaître nos mécanismes de défense, introduire la sécurité par la mise à distance de l'autre, avec sous jacents le désir d'un meilleur contrôle et de possession d'un jouet (le groupe) dont on connaîtrait bien les mécanismes après les avoir maintes fois démontés et remontés. Moyen de défense le plus adapté au désarroi que l'on peut éprouver dans la relation au psychotique et au groupe, celui auquel, aussi on est bien habitué de par notre fonction soignante.

II - ECOUTER - ENTENDRE

Le danger est grand en effet de considérer nos tentatives interprétatives comme des faits d'observation et non comme des hypothèses.

En quelques sortes pendant la séance, nous ne faisons que cela, mais ce qui importe c'est qu'on le sache, afin que dans la formulation même nous puissions y repérer nos propres projections et la marque du contre-transfert (ceci que l'interprétation soit communiqué ou non).

Ecouter suppose une distance à l'objet-parole, une dysjonction, un "ailleurs", pour que ne soit pas seulement retenue la satisfaction pulsionnelle qu'elle procure. Cela pourrait bien être ce que l'on appelle "la neutralité bienveillante" dont nous avons dit qu'elle était d'apparition plutôt tardive et n'allait pas de soi dans un tel groupe.

Mais inversement, la valorisation narcissique des produits psychiques et de la parole des patients nous paraît très importante dans un groupe de psychotiques ou leurs pensées, leurs paroles considérées comme des choses en soi (éléments *B* de BION) et non comme représentation des choses.

Aussi notre travail vise-t-il d'une part à valoriser la parole, les mots des patients mais aussi à bien les "entendre" pour mieux en dévoiler le sens. Il faut faire confiance au langage, au pouvoir

métaphorique des mots ou de leurs associations. Ce sont de multiples effets de sens qui sont constamment provoqués par l'irruption de la signification d'un mot, d'un discours, d'une situation que justement les participants tiennent pour non pertinente.

"L'effet de sens naît du heurt de deux ou plusieurs effets de significations".

D. VASSE

- Il nous a semblé que peu à peu se substitut au désir de tout comprendre comme à la peur d'être appréhendé totalement le plaisir partagé de comprendre, plus exactement le plaisir d'une découverte. Cela n'apparaît jamais définitivement et c'est profondément variable selon les patients, quelque fois un court instant lors d'une séance.

- Ce plaisir s'apparente à un jeu entre le plaisir libidinal et l'angoisse de mort.

"Le jeu se reconnaît comme l'évènement du sens".

WINNICOT

- Mais dans cette exploration narcissique des mots, le patient peut ainsi vivre un risque, une attaque destructrice à son égard si les animateurs sont imprudents.

Nous prendrons un exemple dans une séance :

- un patient parle d'un match de football. A partir de là et ramenant tout à la séance va se dérouler chez la plupart des participants une sorte de jeu, toute une série de déplacements des mots ou d'ailleurs participent allègrement les animateurs (défense maniaque et probablement défense hystérique : séduction).

Puis Mr BUR. (qui suit une psychothérapie individuelle) se met à se demander si c'est parler qui soigne, que c'est bien bizarre à notre époque et pourtant... (il a l'air séduit et irrité). Il remarque un livre posé par terre : "Rééducation de l'orthographe" qui en plus est posé à l'envers : "c'est dramatique de rééduquer comme cela le langage des enfants". Nous lui signifions que ce qu'il a pu vivre quelques instants plus tôt avec du plaisir, ce qu'il vit quelquefois dans sa psychothérapie, c'est peut être l'introduction d'un désordre dans son langage (il parle le plus souvent de façon très obsessionnelle et contrôlée). N'a-t-il pas été séduit ici par cette "éducation de l'orthographe à l'envers" mais aussi mis en danger ? (c'est dramatique)...

Mr TOR. jusque là retranché dans un coin et silencieux va s'en donner à coeur joie et dénoncer avec agressivité le risque de ces utilisations du langage.

A l'armée le philologue qui lui a fait un cours a bien montré qu'on pouvait mettre 700 sens différents sur le même mot. Le langage est une convention sociale, heureusement, où on ne saurait pas où on va si on se laisse dériver, on dit tout le temps des choses qui échappent, qu'on ne veut pas dire alors

il ne vaut mieux pas s'y amuser. Le philologue lui, sait que rien n'est vrai, il interprète bien ce qu'il veut, c'est purement arbitraire, c'est dramatique.

Mr BUR. est maintenant silencieux, triste, abasourdi...

Il nous a semblé qu'il y avait toujours quelque danger à "trop participer au jeu". Il faut laisser aux patients le temps d'élaboration et seulement au moment opportun leur "faire signe" (leur interpréter).

Les "représentations" concernant les soignants ou le plus souvent le groupe, ces productions collectives, métaphoriques sont sous tendus par un fantasme spécifique et prévalent.

Pour les bien entendre il s'agit d'y être "perméable", ce qui ne va pas de soi. Par exemple, le fantasme d'animateurs soudés entre eux, bloc soignant possédant le savoir, le plaisir, l'honnêteté ou la manipulation... (fantasme défensif contre l'angoisse de morcellement) ne peut être entendu et reconnu comme tel, production imaginaire, que s'il est déjà analysé chez les soignants.

Souvent en fait, il nous arrive d'y être totalement sourds ou trop perméables et alors envahis par l'imaginaire des patients.

Les "AGIRS"

On devrait distinguer les agirs, des acting-out et des passages à l'acte. Cela nous est apparu artificiel en pratique (peut-être à tort). En effet pour le psychotique l'agir lui tient souvent lieu de langage et c'est pourquoi dans ce groupe, s'ils ne sont pas favorisés, ils ne sont pas interdits (donc systématiquement interprétés). Ce que nous essayons de faire c'est de ne pas répondre nous même par des actes mais même là nous en mesurons les limites tant il est vrai qu'un acte de notre part a parfois plus une valeur symbolique que la parole.

Il reste que nous sommes pas mal démunis, lors de passages à l'acte violents et que ceux-ci nous entraînent souvent à des interprétations en urgence et assez précipitées, en essayant de mettre des mots, des sens à ce que nous pouvons percevoir.

Il semble en être cantés souvent que le son, l'attention, la mélodie ("enveloppe sonore du Moi"). On peut dire que ces paroles, ces interprétations sont "recouvrantes" et permettent parfois au patient de pouvoir se mettre à parler. C'est ainsi que l'acte est après-coup (tout de suite après ou la séance suivante) repris dans un discours et élaboré.

- Alors qu'un patient parle d'un médecin qui lui a soigné et guéri ses affreux maux de tête, Mr Kou... prend sa tête à deux mains et s'écroule par terre comme mort. Pendant toute la séance les

participants vont essayer de comprendre et exprimer tour à tour l'agressivité ou la tendresse, le rejet ou le soutien, et leur désarroi ;

Mr Kou... se relève, retombe, se met dans des postures de supplication sans arriver à articuler des mots. Tout le monde en parle pourtant et la tension insupportable diminue. Il lui sera possible à la fin de la séance de commencer à "parler" ce qu'il s'est passé. -

Il nous a semblé que si les acting (et ils sont nombreux dans le groupe) sont relativement tolérés, "entendus", mais non favorisés (et systématiquement interpellés) ils ne paralysent pas le fonctionnement de la séance, en d'autres termes s'il est important de pouvoir, quand on le peut, les réintroduire dans la dynamique du groupe, le fait que nous n'y attachons pas trop d'importance en regard de la communication verbale les atténuent sensiblement. Certains sont d'ailleurs manifestement "le symptôme des animateurs" incapables d'entendre ce qui leur est adressé.

Ecouter, entendre, c'est peut-être et déjà toujours l'impossible : l'attention est toujours dirigée sélectivement vers quelque chose, en particulier dans un groupe. Entendre pourrait bien vouloir dire d'abord accepter ce qui vient du patient et lui laisser "faire son chemin", attendre sa métabolisation.

"N'oublions jamais que la signification des choses entendues ne se révèle souvent que plus tard". LECLAIRE.

III - ATTENDRE

Bien souvent en effet nous ne savons pas attendre. Dans l'attente est sous-entendu la tension qu'elle provoque, elle suppose que l'on a affaire avec le temps. Or le temps ça se respecte, on ne peut aller contre le temps. Tout projet thérapeutique et en particulier psychothérapique croit en un postulat optimiste qui est la possibilité de changer. C'est au thérapeute d'investir ce processus de changement et quelquefois de le voir à l'oeuvre chez son patient. Le soin psychiatrique souvent nous en montre une caricature ; tous les moyens sont utilisés pour faire changer le patient, pour le soigner rapidement, pour que le délirant cesse de délirer, le déprimé d'être triste, l'alcoolique de boire... le souffrant de souffrir. Le temps presse, et il faut alors prendre le temps de vitesse mais alors un autre temps intervient, un "hors le temps" dont FREUD dans sa métapsychologie décrit l'inconscient comme lieu. La répétition défie le temps du thérapeute.

Une Précipitation dangereuse

En groupe aussi on est pressé, plus peut être et on a beau se dire que le changement est lent, imperceptible, imprévisible...

Sollicité par ses désirs, par ses angoisses on est souvent tenté de "mettre la charrue avant les boeufs". Ce qui n'est pas la meilleure façon de faire avancer le travail. On ne se donne pas le temps de comprendre ou plus exactement on ne le laisse pas au patient ; oubli ou mépris de la perlaboration "et de son école de souffrance".

"Il arrive que le psychanalyste amateur ou sauvage soit tenté comme l'enfant de faire parler le poisson ; Faute d'avoir pu le mettre en mouvement, il le sort brutalement ou doucereusement de son bocal, ce qui n'est certes pas la meilleure méthode pour donner la parole au monde muet. La vie quotidienne abonde de tels exemples où il s'agit de saisir quelqu'un à quelque chose, de le prendre... au collet pour l'appréhender, à l'épaule pour le provoquer, aux genoux pour le supplier, à son aveu pour le démasquer. Toutes ces conduites visent à faire impression. Elles attaquent l'homme dans son impressionnabilité. Prendre quelqu'un par quelque chose, c'est un geste aliénant qui vise à atteindre l'homme dans son impressionnabilité historique liée à la psychogénèse infantile. On peut aussi prendre quelqu'un par son point faible, on l'atteint alors dans sa suggestibilité. Tous ces actes convertissent l'autre en choses ustensiles et brisent en lui, dès le départ toute possibilité de reconnaissance de soi et de rencontre vraie". H. MALDINEY (COMPRENDRE).

Si l'on n'y prend pas garde la situation de groupe semble favoriser cette précipitation dangereuse. Toutes nos injonctions, nos constructions et quel que soit le type de notre intervention peut avoir valeur interprétative et risquent de dévoiler brutalement ce qui ne devrait pas encore l'être, les participants s'y emploient d'ailleurs déjà aisément les uns par rapport aux autres. Interventions précipitées survenant à contre temps, un temps trop tôt...

La violence de l'interprétation

Ce n'est pas en effet sans violence qu'est reçu le discours des autres, l'interprétation dans le groupe et en particulier celle des soignants.

- Nous avons été frappé de remarquer que dans le profond rapport de dépendance qui s'établit tout au moins avec certains patients, notre "clairvoyance" ne semble pas mise en doute. Temps qui semble obligatoire d'être su entièrement par l'autre, faute de quoi les patients en seraient réduits à s'imaginer devinés par un double qui connaîtrait le sens qui n'est pas advenu pour eux même. D'ailleurs est parfois évoqué une divinité, un ordinateur, un médecin-chef influençant les actes et les pensées...

"FREUD souligne en particulier que la croyance de l'enfant - à savoir que les autres connaissent ses pensées - prend source dans l'apprentissage de la parole. Car l'enfant, avec le langage, reçoit la pensée des autres, et sa croyance que les autres connaissent ses

pensées apparaissent fondées sur les faits, tout comme le sentiment que les autres lui ont "fait" la parole et avec elle les pensées". TAUSK.

De par cette situation, il y a tout lieu de craindre la violence de ces "énoncés primaires" de l'objet maternel et le risque que dans l'excès ils induisent des réponses psychotiques. Le discours des soignants ou des autres peut alors devenir une véritable "lecture des pensées" et on en mesure le danger pour le patient psychotique s'il n'est plus possible pour lui de garder précieusement un espace autonome, "un espace de solitude dont parle WINNICOT, berceau du fantasme où il aurait le sentiment de s'absenter en présence de la mère comme si elle n'était pas là". M. MEREL.

- Dans ces réunions nous connaissons peu de choses des patients, de leur passé, de leur histoire, de leur vie de tous les jours. Il y a lieu de penser que c'est une limite à notre omniscience et une garantie pour eux-mêmes. -

D'où le danger à notre avis d'un silence à tout épreuve comme d'une explication-interprétation à jets continus. Si celle-ci est contenante, enveloppante et peut protéger quelquefois les patients (cf lors des passages à l'acte) leurs désirs fusionnels les conduits à s'y enfermer, s'y abandonner.

Il est frappant de constater que nos erreurs, nos balbutiements, nos angoisses semblent parfois paradoxalement rassurer les participants, leur donnant même une impression de vitalité.

Le patient peut, avec le temps, découvrir l'illusion et le manque de cette fonction maternelle.

"Dans le registre du penser, la Mère peut être tout aussi à votre merci que vous l'êtes à la sienne. Découvrir que le pouvoir de deviner ce qu'on pense, qu'on attribuait au regard parental est une illusion est un pas aussi fondamental pour la psyché que la découverte de la différence des sexes".

P. CASTODORIADIS - AULAGNIER.

Les soignants aussi sont amenés à accenter ce manque, à se désillusionner, à assumer la perte d'une fonction et le questionnement de leurs énoncés. "Dès qu'il pense, elle sait, tout en l'oubliant que sont perdu cette transparence de la communication, ce savoir sur le besoin et le plaisir du corps".

Si nous insistons c'est pour avoir constaté dans la relation avec le psychotique "combien est mince l'écart qui sépare en cette phase le nécessaire de l'abus, le structurant du destructurant".

Attendre, c'est pouvoir différer nos interventions et ne pas se précipiter à remplir, à combler le vide que souvent nous pouvons ressentir.

Attendre c'est surtout accepter de ne pas tout comprendre, et se donner le temps de "penser" le discours du patient, tout en contenant ses angoisses, ses projections ; Temps de transformation à l'intérieur de nous mêmes d'un matériel pour le "bonifier", faisant appel à ce que BION appelle "la capacité de rêverie de la mère".

En effet pour les patients "l'identification projective est souvent à l'oeuvre non seulement comme fantasme inconscient, mais comme activité de relation avec l'objet ; ils sont capables de nous faire éprouver ce qu'ils désirent projeter en nous. A nous de penser pour eux" M. MEREL.

Mais bien souvent, tout se passe comme si nous n'avions plus aucun moyen de penser. Avec une sensation de paralysie nous pouvons nous dire que les patients pensent et interprètent bien plus vite que nous. Que faire alors sinon abandonner sa pensée, ses désirs, sa parole au patient ce qui aboutit alors à ce fonctionnement par identité de pensée qui est le propre de la psychose. En ces instants, fascinés par cette "intelligence des processus primaires", envahis par l'imaginaire de l'autre, aucune liaison ne semble opérée au sujet de la conscience (le Je) ; vol de la pensée et menace sévère pour notre identité ou plaisir béat dû à l'abandon de toute activité consciente.

"Que dit-il à celui qui l'écoute ? Souvent cette surchauffe sémantique rend certains fantasmes plus explicites. Mais à quoi les relier ? Ça pense à une telle vitesse que ce trop plein paralyse notre pensée. Il ne faut pas se laisser abuser par la sur-signification mais s'attacher plutôt à cette sidération de la pensée chez l'émetteur et le récepteur : il s'agit là à l'évidence d'une mutilation de l'appareil à penser chez un sujet qui ne peut exercer sa fonction de contenant, et qui s'efforce de faire le vide dans sa tête. Entre ces deux extrêmes, faire le vide pour ne pas être débordé par un excès pulsionnel et ne pas se laisser gagner par ce vide au point d'en être réduit à un pur zéro, se situent tous les intermédiaires possibles". M. MEREL.

Certains patients semblent ainsi aptes disons le, à nous rendre "fous", à rompre la relative harmonie dans laquelle nous nous complaisons (névrotiquement), à nous faire vivre une tension qui devient vite insupportable. En effet comme dans un kaleidoscope, des pensées, des affects clivés et contradictoires défilent à grande vitesse ce qui traduit le morcellement du patient ; Nous pouvons alors nous même vivre presque simultanément des affects violemment opposés qui nous brouillent les idées et nous empêchent d'opérer des éléments de liaison.

"L'interlocuteur qui tente d'opérer une relation en comblant les blancs s'apercevra vite qu'il ne peut suivre, qu'il fonctionne à un registre bien inférieur à celui de son patient". M. MEREL.

Ne faut-il pas y voir ce que BION a décrit sous le terme "d'attaque contre les liens", destruction qui va opérer "au lieu même du thérapeute".

Dans ces moments le maniement de l'interprétation risquerait bien de participer à une sauvage effraction, "alliance mortifère" où se retrouvent conjointement les pulsions de mort du patient et du thérapeute. SEARLES souligne ce danger si n'est pas respecté quelque part "l'expression consciente du désir du patient" et si celui-ci n'a pu préalablement s'identifier à un thérapeute unifié ayant survécu (résisté) à ces expériences morcelantes.

Il semble bien plus important que soient reconnus (donné acte), dans l'espace temps du groupe, ces sentiments, ces affects induits par les différents aspects de la personnalité du patient, en vue d'une meilleure intégration de celle-ci.

Attendre, c'est ainsi le temps nécessaire de pouvoir penser, élaborer, les projections des patients, les assimiler par un "travail d'interprétation", (où le savoir technique se combine à "l'équation personnelle" du soignant, à sa propre activité psychique), afin que ce qui a été "forcé" en lui, contenu et métabolisé puisse dans un deuxième temps être réintrojecté par le patient.

IV - LE CHAMP DE L'INTERPRETATION.

Si peu à peu s'est dégagée la notion d'un processus de soin dont nous avons défini les fonctions essentielles, le fait même que les événements du groupe s'inscrivent dans une réalité transférentielle que l'on cherche à comprendre avec les patients, invite à une tentative interprétative.

L'interprétation n'est pas un but en soi, mais peut se développer selon différents axes.

"Le travail d'interprétation" est avant tout nécessaire au soignant, par pur bénéfice narcissique et pour lui aider à vivre, à métaboliser ce que les patients projettent en lui. Mais il est également nécessaire pour introduire un changement. L'absence d'interprétation est tout aussi dangereuse qu'une interprétation exhaustive. De par la complexité des phénomènes du groupe, ce que nous pouvons en saisir n'est que partiel et tout au plus peut-on souligner dans le transfert certains mouvements spécifiques. Comme nous sommes plusieurs cela appelle à la diversité de la fonction interprétante (et ceci même si une personne semble avoir un rôle privilégié).

Le fait problématique de ne pas pouvoir tenir compte de l'ensemble des mouvements dynamiques est d'ailleurs une sécurité pour les patients. C'est grâce à la "fragmentation du transfert" que le patient "peut éviter l'investissement trop massif d'un seul

objet et par là une montée d'angoisse destructurante "RACAMIER ; aménagement défensif qui lui permet de supporter l'intensité des projections régressives qui dans un dialogue avec un seul thérapeute serait hautement angoissante.

Dans le groupe l'Inconscient est saisi comme une réalité non par intra mais trans individuelle (FOULKES).

"Chaque secteur du monde prend sens à partir d'un fantasme et réciproquement chaque processus inconscient reçoit une dénomination comme métaphore ou métonymie d'un phénomène naturel". Une fonction interprétante est alors acceptable par le patient psychotique car elle est indirecte, portant sur "l'ici et maintenant" des relations dans le groupe même si elle renvoie à un passé (histoire du groupe). Elle peut bien sûr avoir un effet de vérité mais pour ainsi dire de façon indirecte, détournée.

L'utopie du groupe sert en effet à chaque participant de mécanisme de défense contre son inconscient individuel. En plus d'un rôle de défense, les productions psychiques groupales remplissent, nous l'avons souligné, un rôle de transition entre la réalité psychique interne et la réalité naturelle et sociale extérieure.

Enfin ce travail d'interprétation nous paraît difficile entre autre, car il se passe au vu et

au su de tous et dans une ambiance souvent dramatisée. Cela aboutit souvent à des interprétations incomplètes. Mais il semble bien qu'il ne faille pas laisser non plus passer le temps de les communiquer, dans la structure si mouvante de ces groupes.

Au delà de la controverse de savoir si l'on doit se centrer sur le groupe (la dynamique du groupe est une fin en soi) ou sur l'individu dans le groupe, il nous a semblé que la perception change constamment, passant de l'individu, au sous groupe, au groupe. Cela dépend de notre propre flexibilité et capacité d'empathie. Mais il est vrai, qu'occupé à considérer un individu en difficulté par exemple, on en arrive à négliger d'autres transferts significatifs ou la dynamique propre du groupe. D'où l'intérêt de la co-animation.

V - LA CO-ANIMATION

Pourquoi plusieurs animateurs ?

- D'abord un souci de faire participer des soignants de statut différent à une activité de secteur, assurer la permanence d'une équipe soignante sur "le terrain".

- D'autre part la polyvalence de cette équipe soignante tant au niveau des statuts que des personnalités entraîne une "diversification des rôles" ou plus

exactement permet au patient une confrontation moins dangereuse (sauf dans les cas où le nombre de soignants est supérieur au nombre de participants). C'est ainsi que c'est grâce à l'infirmière que de nombreux patients encore hospitalisés ont eu la possibilité de participer à ces réunions ; son soutien et son rôle sécurisant leur ayant permis de mieux faire le lien avec l'hôpital.

- Enfin nous pensons que c'est également pour éviter l'angoisse d'être confronté tout seul à une situation de groupe.

- Malgré une ou plusieurs absences les séances peuvent ainsi continuer et c'est très important pour des réunions telles que celles ci.

Cependant cette co-animation n'est pas sans poser de problèmes spécifiques.

- Tout d'abord les désirs de chacun, les projets que nous pouvons faire ne sont pas exactement les mêmes et cela peut entraîner des tensions, des divergences.

- Le problème de statut, donc du pouvoir peut se manifester et il n'est pas évident d'accepter l'autre avec ses différences.

- Il est enfin nécessaire qu'un travail s'effectue au sein même de l'équipe pour que soit

poursuivie une telle activité.

Rappelons brièvement que ce n'est pas tout de suite que nous avons jugé utile de nous rencontrer régulièrement en dehors des séances. Le désir de réunion quand il est apparu correspondait d'ailleurs mieux à la nécessité de "faire bloc" pour affronter ce qu'il se passait dans le groupe plus qu'au désir d'une élaboration de conditions techniques pour mieux travailler.

Cependant le fait de se rencontrer régulièrement puis un peu plus tard l'institutionnalisation de ce "staff" après la séance va prendre un sens que nous allons maintenant développer.

L'expression et la verbalisation du vécu affectif de chacun.

Après la séance c'est souvent un véritable besoin que l'on éprouve de parler, de se confier quelque chose. Besoin impérieux parfois et certaines notes "jetées sur le papier" en cours d'année traduisent bien ce besoin de se débarrasser d'un trop-plein d'émotions, d'angoisses.

Cette réunion, située tout de suite après la séance permet ainsi l'expression d'un vécu, quelquefois très intense mobilisé par une situation relationnelle éprouvante. Cette expression, pas toujours verbale, souvent théâtralisée apparaît quelque fois comme une

véritable "catharsis", et rend compte encore mieux qu'avec des paroles ce qu'il s'est joué pour nous pendant la séance. Cependant la verbalisation à une importance capitale car elle est tentative de dire avec des mots ce qu'il a pu s'éprouver quelques instants plus tôt. Quand celle-ci peut se réaliser librement (et ce n'est pas toujours le cas) par association libre le plus souvent, elle traduit alors, nos comportements, nos réactions manifestes ou réprimées, nos attentes, nos craintes à l'égard du groupe et des participants.

On est d'ailleurs surpris de s'entendre dire des choses dont on ne soupçonnait pas l'importance, et révélant les fantasmes ayant été mobilisés par la séance.

Chaque animateur peut alors représenter pour les autres la place d'observateur et de miroir qui permet l'élaboration.

Cette verbalisation "à chaud" rend possible en tout cas une atténuation de l'angoisse. Evacuation parfois un peu sauvage, "exorcisme", et dépôt dans ce bureau d'une tension insupportable ! Mais ne vient on pas le récupérer un jour ?

Car l'angoisse et un certain désarroi nous semblent être un véritable moteur du processus de changement. Il est nécessaire que les différentes énergies pulsionnelles ne se satisfassent pas totalement dans un groupe, que ce soit celles des partici-

pants ou celles des animateurs. Sinon on en arrive à une situation figée et non dynamique, à un équilibre pathologique.

Dans la proximité avec des patients psychotiques, si l'on se refuse à fuir dans un activisme défensif quelconque comme de remplir un vide toujours présent par sa démesure (agis, explication, théorie, interprétation...), ces réunions semblent un moyen indispensable pour pouvoir supporter une situation qui sans elles, risquerait bien d'être "invivable".

"La métabolisation"

Le vécu affectif de chaque animateur n'est jamais totalement le même, chacun perçoit et "résonne" à certains mouvements inconscients de manière différente. Les projections des patients en chacun de nous, la partie d'eux mêmes qu'ils placent en nous est en effet ce qui gêne. Ce qui est "forcé" à l'intérieur de nous, selon le modèle de ces relations d'objet archaïques, "on peut le considérer à la suite de BION comme des éléments Bêta, des excréments de stimuli dont parle FREUD ; le sujet s'en débarrasse par une décharge analogue à la décharge motrice opérant par l'agitation, les cris, les pleurs ; l'esprit agit comme s'il était un muscle. Parler devient un moyen d'évacuer les pensées, les mots sont des éléments Bêta, des choses en soi (équation symbolique) et non des symboles représentant l'absence de la chose."

M. MEREL

Souvent nous continuons à penser à certains patients pendant la semaine, en ressentant un certain malaise, ils "occupent nos pensées". Les rêves que nous pouvons avoir les concernant, fréquents et parfois éloquents traduisent bien l'impact de leurs projections.

Les animateurs sont là pour "réaliser" en les intériorisant dans leur propre vécu groupal les fantasmes mobilisés chez les participants par leur situation en groupe.

Nous pourrions dire que cette réunion entre animateurs doit permettre, favoriser la mise en route d'une métabolisation de ces projections.

Le métabolisme (du grec métabolé - changement) suppose l'utilisation de corps énergétiques et leur transformation grâce à des processus complexes et interdépendants dans l'organisme vivant.

Il semble bien quelquefois que cette "capacité métabolique" fasse problème et que l'on ait plus assisté à un phénomène grossier de digestion après incorporation d'un matériel-aliment, vague transformation mécanique (et digestion parfois un peu pénible) et enfin restitution d'excréments dans le groupe sous forme d'acting ou de vagues interprétations.

Les soignants font ainsi office de "contenant" de ce que les patients sont obligés de se débarrasser. La métabolisation c'est notre propre capacité de penser

ce qui justement est impensable pour les participants, capacité de tolérance et d'élaboration des identifications projectives à caractère destructeur, transformation d'éléments Bêta en éléments alpha, ceux-là même qui ont fait défaut dans l'environnement du sujet.

"Suivant le modèle des relations corporelles qui s'instituent pendant la grossesse, une mère contenante possède cette capacité de rêverie, dont parle BION, quand elle peut alimenter psychiquement le bébé en lui assurant de la cohérence et de la compréhension à travers l'action ombilicale (contenance de l'idéalisme et du bon) et le désintoxiquer en recevant son angoisse à travers une imaginaire veine ombilicale (contenance du persécutoire et du mauvais). De plus elle sera non seulement capable de contenir et de métaboliser les identifications projectives du Moi du bébé, mais encore de rendre possible un certain insight de celles-ci, dans une relation dynamique et commensale".

MARIA CARMEN GEAR - ERNESTO CESAR LIENDO
Sémiologie psychanalytique- Cité par

M. MERL

De ce point de vue, la fonction soignante peut s'entendre dans le groupe comme le support d'une fonction "alpha", permettant "la pensée, la rêverie, l'entretien d'un passage et d'une distinction "poreuse" entre le système Cs et Ics, entre les objets internes et les objets de la culture, entre les structures groupales

inconscientes et les structures sociétales, grâce à la transformation des données de l'expérience."

R. VARE

Peut-on donc souligner ici qu'il ne suffit pas de se réunir et de "parler librement" ensemble après la séance mais qu'il faut donner aussi le temps et les moyens d'une élucidation en commun de la résonance fantasmatique induite par le transfert des participants (ou ce qui en tient lieu chez le psychotique).

On peut ainsi dire que le groupe et les soignants peuvent représenter pour le patient psychotique une fonction de pare-excitation, "protection contre les excitations en provenance du monde extérieur qui, par leur intensité, risqueraient de le détruire".

Les désirs des Instituts

Mais comme les participants, nous risquons une relation d'objet inconsciente au groupe. Le terme "d'animateur" traduit d'ailleurs bien ce qui était prévalent dans nos désirs en instituant ce groupe : animer, mettre de l'animation, faire naître, insuffler de la vie... Une élucidation de nos désirs inconscients cherchant à se réaliser dans un tel groupe est nécessaire ; un projet thérapeutique est à ce prix, pour les patients de pouvoir se dégager du désir de ses instituteurs et non de s'y asservir. Sinon le patient ne peut se construire qu'un "faux self" comme le définit

VINNICOT, carapace protectrice et souvent "forteresse vide".

Nous ne pensons pas avoir échappé totalement à cela...

Il est nécessaire que soient mis à jour le plus rapidement possible nos propres productions idéologiques, qui comme le souligne RESNIK, risquent bien de nous "parasiter" nous mêmes et au maximum de remplacer le délire des patients.

Nous voyons dans ce contrôle réciproque de soignants engagés dans la même expérience une nécessité régulatrice.

- On peut même se demander si un Tiers ne serait pas souhaitable pour être le lieu possible de cette élucidation, ce serait en tout cas utile dans le cadre d'une formation...

Ce travail sur soi même et entre nous est proche de ce que R.KAFS a théorisé sous le terme "d'analyse intertransférentielle". "Ce type de travail en groupe est par de nombreux traits proche de celui du "contrôle" dans la formation analytique, proche aussi du travail que requiert la "cothérapie". Les manifestations dites contre-transférentielles de l'interprétant sont à situer dans les mouvements intertransférentiels qui se déploient dans la dimension du groupe. Pour illustrer ce point de vue méthodologique,

je dirais qu'il est alors possible d'entendre que ce qui est sous jacent aux angoisses persécutives des participants n'est pas seulement analysable et interprétable en terme de leur transfert sur l'équipe interprétante ; qu'il conviendrait pour l'équipe interprétante, de se demander si cette angoisse ne s'articule pas aussi, au point d'y trouver crédit dans cette possible perversion idéologique du désir des interprétants, lorsqu'ils prennent leur propre puissance, leur savoir, leur idée capitale, ou les participants eux mêmes comme objets assujettis à leur seul plaisir. Dès lors que cette question est ouverte il devient possible d'entendre ce qui de cette angoisse n'est pas dit ; une interrogation posée à l'endroit même du désir des interprétants réunis en groupe, de leur fantasme et de leur élaboration idéologique, l'interprétation ne peut alors s'établir en vérité que par le détour psychanalytique qui prend en considération ce désir, ce qu'il institue, ce qu'il vise, et la place que l'autre y trouve".

R. MARE 1976

Un manque de formation, le fait que nous nous connaissions peu entre soignants, la "jeunesse" de ce groupe, comme l'absence de règles théoriques suffisantes semblent bien avoir été les éléments qui ont rendu ce travail difficile.

Cependant il est possible grâce à cette confrontation d'élucider quelque peu nos résistances individuelles ou collectives au transfert collectif des

participants, notre propre résistance au changement et de mettre à jour certaines positions contre transférentielles qui semblent souvent se cristalliser entre la persécution ou la séduction.

Le groupe
les groupes comme INSTITUTION

I - LE GROUPE, LES GROUPES ET L'INSTITUTION PSYCHIATRIQUE.

Nous n'avons pas étudié l'impact institutionnel du développement de ces groupes dans le secteur.
Tout au plus pouvons nous faire quelques remarques.

- Le travail dans les groupes et le travail institutionnel fonctionnent de manière très clivée.

Bien que de nombreux patients encore hospitalisés participent au groupe, nous avons rarement eu l'occasion d'en parler dans les unités de soins. La demande n'en a jamais été formulée et nous n'avons jamais fait non plus une démarche en ce sens. Les échanges qui peuvent avoir lieu sont plus occasionnels qu'institués

Cependant le fait qu'une partie du soin échappe ainsi aux équipes hospitalières semble engendrer parfois une frustration dont les effets se manifestent par des "passages à l'acte" dont nous percevons parfois les échos.

- Dans les unités hospitalières on est très peu sensibilisé à ce soin extra hospitalier. A part les personnes y participant elles mêmes, la plupart des soignants n'y voient qu'un "soutien", ou une forme "d'ergothérapie améliorée", "une nouvelle forme d'amusement de thérapeutes ne voulant plus travailler à l'hôpital" ; enfin certains ignorent totalement l'existence de ces groupes.

- Le fait même que la plupart des patients

aient été ou sont encore hospitalisés, et que les indications proviennent surtout de l'hôpital montrent bien que cette prise en charge s'articule dans "un service de suite", une "post-cure" et que l'institution hospitalière en reste encore le pivot.

II - LE GROUPE ET LA PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE

Des patients participent au groupe sont suivis en consultation et cela ne semble pas poser de problèmes, le thérapeute lui-même leur ayant conseillé de venir à ces réunions. Là aussi peu d'échanges ont lieu à leurs propos entre les différents soignants. Il semble que pourrait se développer une telle co-thérapie, la participation des patients à différents groupes dans la semaine faisant économie d'une hospitalisation. L'articulation avec une psychothérapie pose plus de problèmes. Il apparaît difficile qu'un soignant puisse en même temps suivre un patient en psychothérapie et dans le groupe. Nous avons constaté car le cas s'est produit une fois, un abandon du groupe par la patiente.

Un autre patient bénéficie par ailleurs d'une psychothérapie analytique. Sa participation au groupe a favorisé dans un premier temps la relation avec son psychothérapeute, celle-ci étant vécue sur un mode transférentiel agressif-destructeur. Le groupe a fonctionné pour lui comme un espace contenant où se regroupaient les acting par rapport à sa psychothérapie. Nous avons vu combien souvent il jouait dans la séance ce qu'appar-

remment il ne pouvait faire avec son psychothérapeute. Là, il pouvait plus facilement se permettre de transgresser des règles énoncées par ailleurs (agressions, contrôles, temps de présence etc...) Ainsi le groupe a fonctionné comme prolongement de sa psychothérapie. Cependant il semble bien que dans un deuxième temps des problèmes voire une impasse apparaissent ; Du fait des processus de clivage, le patient à tendance à rejeter son psychothérapeute et développer un transfert positif sur les soignants du groupe.

Nous voyons donc plus la participation au groupe comme un travail préalable, où peut d'ailleurs s'élaborer une demande.

III - LE PROBLEME DES INDICATIONS

- Avoir constaté des limites à une prise en charge par l'intermédiaire des groupes pose le problème des indications ou d'éventuelles contre-indications. Pour certains patients gravement déstructurés ou en crise aigue délirante par exemple il semble bien que la situation du groupe soit insoutenable et qu'il est alors difficile de pouvoir la négocier. D'autre part nous avons vu que le groupe peut se transformer en mauvais objet persécuteur et semble devoir (même si ce n'est qu'un temps) être rejeté par le patient. Enfin le groupe, comme tout ce qui est apprivoisé par le psychotique peut se ritualiser et se pervertir en

un véritable fétiche.

Nous n'avons pas suffisamment d'expérience ni de recul pour essayer de définir formellement des critères permettant de juger une bonne indication ou au contraire une contre-indication.

Tout dépend d'ailleurs du projet que l'équipe soignante ou le thérapeute peuvent faire alors pour le patient, projets variables d'un patient à l'autre et ne se recoupant pas toujours.

Une bonne indication pourrait déjà être un projet suffisamment élaboré dans l'équipe et avec le patient, où se négocierait une préparation à ces séances de groupe.

Du côté des thérapeutes participant au groupe nous insistons beaucoup sur le caractère "ouvert" de ces réunions, nous gardant de poser des indications, des refus, en essayant de rendre "tolérable" au maximum l'arrivée de nouveaux patients.

Cependant la survenue de nombreux malades, bouleverse souvent la dynamique en cours et pose de nombreux problèmes.

D'autre part, avec le temps, un groupe à de fâcheuses tendances à se "fermer" et à moins tolérer de nouveaux participants.

Finalement la solution qui devrait être retenue est la possibilité pour les soignants du groupe de juger opportune ou inopportune l'arrivée d'un nouveau patient, ceci dans son intérêt comme celui des participants. C'est donc encore une fois à la capacité du groupe (et des soignants) de pouvoir tolérer un bouleversement de son économie, que nous sommes renvoyés.

Mais il est évident qu'un groupe homogène (en considérant la structure des patients qui y participent) bénéficierait certainement de l'introduction de patients différents qui pourraient y introduire un pôle dynamique (patients déprimés par exemple...)

A toutes ces questions nous ne pouvons apporter de réponses définitives. Tout dépend en effet de l'orientation à donner à de tels groupes.

Doivent ils devenir des groupes thérapeutiques, "spécialisés" visant à devenir un outil spécifique avec un objectif fixé dans l'arsenal médico-psychiatrique ?

Ou peut-on préjuger que ces groupes dans leur articulation offrent un espace contenant suffisant, une structure malléable ou puisse se négocier un authentique soin ?

Ceci n'excluant pas d'ailleurs une prise en charge individuelle.

IV - DEVELOPPEMENT D'UN RESEAU

Il ne faut pas mésostimer le décentrement d'une équipe soignante en dehors des murs de l'hôpital, et sa présence régulière, sur le "terrain", dans la communauté.

Un "groupe de rencontres" disions-nous au départ. Rencontre de soignants tout d'abord, ayant le désir d'investir un autre travail, en dehors des unités hospitalières.

Rencontre de patients dans les groupes, mais aussi dans leur environnement. L'investissement de l'espace-temps autour des groupes semble avoir un vif intérêt pour la plupart. Beaucoup de patients gravitent autour de ces réunions sans pour autant y participer.

Dans la salle d'attente du dispensaire se lient des conversations, s'échappent des objets (livres, friandises etc ...), au bistrot du coin (le "Bar des Amis") des patients se rencontrent avant ou après les séances...

Pour des patients hospitalisés depuis longtemps c'est d'ailleurs une véritable "permission", une "récréation" où l'on en profite pour s'offrir quelques plaisirs, quelques gourmandises.

Il se développe ainsi progressivement autour de ces lieux de réunion (en différents endroits du quartier) un "tissu social" dont il ne faut pas négliger l'importance. D'abord il se crée une circulation de l'intérieur de l'hôpital vers l'extérieur.

Ainsi des patients hospitalisés (et même en placement d'office) peuvent participer plusieurs fois dans la semaine à ces groupes, scandant le temps hospitalier et lui donnant un sens. Les groupes ont en effet un temps, une histoire ; Ils ont lieu mardi, ou mercredi, ou vendredi, en dispensaire ou à la mairie... De nombreux patients rythment leur vie à l'hôpital sur ces groupes et il est frappant de constater que cela fonctionne pour eux comme des rendez-vous précis : "A mercredi prochain" peut dire un patient à son thérapeute qu'il rencontre pourtant tous les matins à l'hôpital.

D'autre part l'introduction de cette binolarité permet à des patients sortis de l'hôpital d'avoir la certitude de pouvoir rencontrer les soignants sans pour autant se faire hospitaliser. Ils peuvent les rencontrer dans une ambiance moins professionnalisée, et dans une institution mouvante ce qui les renvoie à une image d'eux-mêmes moins dévalorisée et plus supportable.

Ce réseau, et pour n'en retenir que l'aspect socio-psychiatrique devient une structure de soutien, une sorte d'institution-relais, lieu intermédiaire entre l'hôpital et le groupe social. De ce point de vue c'est un espace de re-socialisation, et de réintégration des patients dans la communauté.

Grâce à la proximité (présence et soutien) des soignants, comme aux identifications mutuelles peut se développer un désir d'apprivoiser le "monde extérieur" et une meilleure tolérance à celui-ci.

Le groupe peut devenir pour les patients qui y ont participé une sorte d'objet illusoire intermédiaire qui parfois leur permet de vivre sans lui (car intériorisé il représentera quelque chose, tout au plus viendra-t-on vérifier parfois s'il est toujours là). Comme la photographie que l'on sort de temps en temps du tiroir et qui est la marque d'appartenance à un groupe familial, professionnel ou autre, l'image du groupe peut avoir cette fonction sociale de maintenir un rapport imaginaire au groupe réel. Certains patients viennent au réunion de temps en temps comme pour restaurer cette image intermédiaire.

On en mesure l'importance (et même si nos désirs thérapeutiques n'en restent pas là) pour des patients qui tant par leurs difficultés intérieures que leurs difficultés extérieures sont (et souvent depuis longtemps) coupés des groupes réels, de la réalité extérieure.

Enfin dans un tel réseau, on imagine que peut s'organiser quelquefois une sorte de "soin mutuel", qui même en opposition au soin psychiatrique proposé et dans une tentative de dépsychiatisation peut aboutir à quelques "succès thérapeutiques"...

V - UNE INSTITUTION DE SECTEUR ?

- Nous avons vu comment se jouait une dimension imaginaire dans le rapport des patients avec les groupes et les soignants : champ de l'imaginaire qui s'origine dans le registre du besoin insatisfait et des relations primordiales au groupe familial, "lieu réactulisant l'imgao qui demeure permanente dans l'inconscient du sujet" LACAN.

- Les exigences de temps (les horaires) et de lieu (les endroits où se tiennent les séances), les règles, les consignes définies à l'intérieur de chaque groupe instituent un cadre qui en réfère à une dimension symbolique; à une institution.

Aussi nous semble-t-il opportun de s'attacher à définir une contenance institutionnelle à ces différents groupes, institution garante du système symbolique.

Il se pose en effet le problème de sa reconnaissance tant pour les patients que pour les soignants.

Le projet d'une "Association - Loi 1901" pourrait signifier ainsi cette recherche d'une cohérence, d'un cadre formel autour duquel peut se développer un soin dans la communauté : champ où s'articulent groupes, consultations, psychothérapies, prises en charge à domicile... une institution mouvante, "éclatée", se reconstituant sans cesse grâce à la métabolisation des soignants autour de son cadre formel.

C O N C L U S I O N S

+++++

Ce travail relate une expérience clinique de groupe avec des patients psychotiques dans le cadre d'un secteur psychiatrique.

- Amorce d'une recherche. se veut questionnement de la fonction soignante dans un tel groupe et de la validité de son action thérapeutique.

- En retraçant une histoire de ces réunions nous avons montré comment dans une dialectique projective pouvait se nouer une relation thérapeutique et s'amorcer un processus de changement. Dans le devenir d'un groupe, dont nous avons souligné la fonction imaginaire peut se lire les désirs et se préciser le projet de ses institutants.

- Considérant "l'utilisation" qu'ont fait les patients de telles "réunions", nous avons vu se manifester essentiellement une sorte de jeu d'attraction-répulsion, d'attaques et de fuites. C'est à travers les mécanismes de contrôle et de manipulation de "l'objet-groupe" où les images parentales et les fantasmes originaires sont organisateurs de la vie inconsciente, que les patients

peuvent découvrir un lien où peut se parler leur souffrance et où elle peut être entendue, un "espace transitionnel" où se jouent et s'élaborent avec les soignants leurs fantasmes schizo-paranoïdes.

- Nous avons voulu marquer le jalonnement de notre réflexion en se penchant sur le travail des soignants.

De la crainte d'interpréter à la découverte d'une nécessité d'un "travail d'interprétation" pour se représenter enfin la fonction soignante dans un tel groupe comme le développement d'une capacité à tolérer, métaboliser et penser l'identification projective des motions destructrices des participants. Pour cela les thérapeutes doivent pouvoir se dégager eux-mêmes, et dans un contrôle réciproque, de leurs propres projections à l'égard du groupe et des participants. Des résultats encourageants nous permettent de préciser la validité et le projet d'une telle prise en charge.

La situation de groupe permet une relation narcissiquement acceptable pour des patients qui souvent ne peuvent vivre toute proximité que comme destructrice.

Grâce à une maîtrise effective de leur participation, comme au lent dégel des relations

dans le groupe ils peuvent vivre au fil des séances des affects fondamentaux et structurants.

Cette restauration narcissique va de pair avec un processus graduel de reconstruction d'un espace intérieur à partir de qui peut tenter de s'élaborer dans l'abandon de l'omnipotence une problématique dépressive et de la séparation.

Les thérapeutes offrent par ces groupes des espaces contenants où peut se négocier une relation soignante, s'éviter une hospitalisation, comme s'engager une dé-chronicisation : espaces intermédiaires et "transitionnels" entre leur monde intérieur et à la réalité sociale.

Si plusieurs groupes "fonctionnent" ainsi dans ce secteur psychiatrique, il nous a semblé que la recherche d'une contenance institutionnelle était nécessaire pour que se développe une meilleure cohérence des soins en dehors des unités hospitalières ou avec elles.

- o - o -

Le Directeur de
l'U.E.R. A. CARREL

Pr. R. MORNEX

Le Président de la Thèse

Pr. J. GUYOTAT

Vu et Permis d'imprimer
Lyon, le 21 Janvier 1978

Le Président de l'Université

Claude-Bernard - Lyon 1

Pr. D. GERMAIN

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	P. 1
LE CADRE DES RÉUNIONS DU MERCREDI	P. 1
HISTOIRE DU GROUPE DU MERCREDI	P. 10
1ère phase - Illusion fusionnelle	P. 11
2ème phase - La casse	P. 20
3ème phase - La Dé-fusion	P. 40
4ème phase - Amorces de changements	P. 52
LE PSYCHOTIQUE ET LE GROUPE	P. 60
1°) Le jeu de la bobine	P. 62
2°) Au déca du jeu	P. 66
3°) Contrôle et manipulation	P. 68
4°) A la quête d'un "Holding"	P. 75
5°) De la manipulation à l'illusion	P. 76
6°) Une fantasmatisation autonome	P. 91
LES SOIGNANTS ET LE GROUPE	P. 93
I - COMPRENDRE	P. 97
II - ÉCOUTER - ENTENDRE	P. 95

III - ATTENDRE	P. 101
IV - LE CHAMP DE L'INTERPRETATION	P. 109
V - LA CO-ANIMATION	P. 111

LE GROUPE, LE GROUPE COMME INSTITUTION

I - LE GROUPE ET L'INSTITUTION PSYCHIATRIQUE	P. 122
II - LE GROUPE ET LA PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE	P. 123
III - LE PROBLEME DES INDICATIONS	P. 124
IV - DEVELOPPEMENT D'UN RESEAU	P. 127
V - UNE INSTITUTION DE SECTEUR ?	P. 130

-----OOOOO-----

B I B L I O G R A P H I E

+++++

ANZIEU D.

"Le moniteur et sa fonction interprétante"

In le "Travail psychanalytique dans les groupes"

DUNOD, 1975.

"Le Groupe et l'Inconscient"

DUNOD, 1976.

BALINT M.

Le défaut fondamental

PAYOT, 1971.

BEJARENO A.

Résistance et transfert dans les Groupes.

In le Travail psychanalytique dans les groupes.

DUNOD 1975.

BEETSCHEN A.

"Le temps des cerises"

Thèse Médecine LYON 1974.

BERGERET J.

Expérience de psychothérapie de groupe de psychotiques à l'hôpital Psy.

INFORMATION PSYCHIATRIQUE 1963,39,457.

BETTELHEIM B.

La forteresse vide
N.R.F. 1969.

BION W.R.

Recherche sur les petits groupes.
P.U.F. 1965.

L'Attention et l'Interprétation
PAYOT.

BOMPART ET GAGEY

De quelques vérités élémentaires
sur le groupe en tant qu'objet
analytique.

In Psychanalyse à l'Université
T. I - n° 2 - MARS 1976.

CASTODORIADIS-AULAGNIER P.

La violence de l'interprétation
P.U.F. 1975.

FEDIDA

"L'OB-JEU"

Psychanalyse à l'université
T. 1 - n° 3 - JUIN 76.

FOULKES S.H., ANTHONY E.J.

Psychothérapie de groupe
Ed. de l'Epi 1970.

FREUD S.

Au delà du principe de plaisir 1920.
In Essais de psychanalyse
PAYOT 1976

Psychologie collective et analyse du
Moi 1921.
In Essais de psychanalyse
PAYOT 1976.

GONIN D.

Psychothérapie de groupe du délinquant
adulte en milieu pénitentiaire
MASSON - Paris 1967.

GORI R.

Essai sur la parole et la dynamique
du discours dans la découverte freu-
dienne.
Mouvement Psychiatrique n° 29 - n°13 à 27.

GUATTARI F.

Psychanalyse et transversalité.
MASPERO.

GUYOTAT J.

Aspect du Narcissisme dans les Psy-
choses.
L'Evolution psychiatrique n° 2 - 1970 -
n. 321-342.

Discussion du rapport de Genevard et
Jordi sur la cothérapie.
In Pratique de Psychothérapie de groupe.
LAUSANNE 1966.

HOCHMANN J.

Pour une psychiatrie commentaire
LE SEUIL 1971.

Esquisse d'une théorie psychanalytique
des objets.

Séminaire 1974-1975.

KAES R.

L'Appareil Psychique Groupal.
DUNOD 1976.

KLEIN M.

Envie et gratitude
N.R.F. 1968.

LAPLANCHE - PONTALIS

Vocabulaire de la psychanalyse
P.U.F.

Fantasme originaire, fantasme des
origines, origine du fantasme.
Les Temps Modernes n° 225.

LAXENAIRE M.

Les processus de changement en
psychothérapie de groupe.
In Rapport de thérapeutique présenté
au congrès de psychiatrie et neurologie
de langue française NIMES 1975.
MASSON.

MALDINEY A.

"Comprendre" 1961.
In Regard-Espace-Parole.

MEREL M.

"La pensée vide"

Thèse médecine LYON 1977.

MISSENARD A.

Identification et processus groupal

In le travail psychanalytique dans
les groupes.

DUNOD 1975.

NAPOLITANI D.

Signification formation et organisation
des groupes dans les institutions
psychiatriques.

Mouvement Psychiatrique 12 - p. 16 - 32.

OURY J.

Psychiatrie et psychothérapie institu-
tionnelle.

PAYOT 1976.

PANKOW G.

L'Homme et sa psychose.

PARIS Aubier Montaigne - 1969.

PONTALIS J.B.

Les techniques de groupe : de l'idéolo-
gie aux phénomènes.

Le petit groupe comme objet.

In Après FREUD - N.R.F. Idées.

Rêves, dans un groupe.

In le travail psychanalytique dans les
groupes.

DUNOD 1975.

RACAMIER P.C.

Le psychanalyste sans divan.
PAYOT 1971.

Le soin institutionnel des psychotiques :
nature et fonction.
Information psychiatrique vol. 46-1970
p; 745-761.

RESNIK S.

Personne et psychose.
PAYOT 1973.

ROSENFELD H.

Les états psychotiques.
P.U.F.

SAMI ALI

De la projection une étude psychanalytique.
PARIS PAYOT 1970.

SCHNEIDER P.B.

Contribution à l'étude du transfert
et du contre-transfert en psychanalyse de groupe.
Revue française de psychanalyse 1963-
27 - p. 641-675.

(Sous la direction de -)
Pratique de la psychothérapie de groupe.
PARIS P.U.F.

SEGAL H.

Introduction à l'oeuvre de Mélanie
KLEIN.

P.U.F. 69.

Notes sur la formation du symbole.

Revue Française de Psychanalyse 1970,
34 n° 4.

SEARLES H.

"L'effort pour rendre l'autre fou"
In nouvelle revue de psychanalyse
PSYCHE 1975.

WINNICOT D.

De la pédiatrie à la psychanalyse
PAYOT 1969.

Processus de maturation chez l'enfant.
PAYOT 1970.

JEU et réalité, l'Espace potentiel
N.R.F. Gallimard.

"La crainte de l'effondrement"
In nouvelle revue de psychanalyse n° 11.

Collectif

Histoire de la psychiatrie de secteur
ou le secteur impossible.
Recherches n° 17 - MARS 1975.

